فرم شماره ۱: شرح حال چشم

(این فرم توسط اپتومتریست / کارشناس پر می‌شود و توسط چشم‌پزشک تأیید می‌شود)

تاریخ بینایی‌سنجی:	کد:	سن:	نام و نام خانوادگی: .....

۱) آیا به دیابت مبتلا هستید؟

□ ۱. خیر □ ۲. بلی □ ۳. نمی‌دانم

۲) سابقه فامیلی در بستگان درجه اول:

۱. گلوکوم (آب سیاه) □ خیر □ بلی □ نمی‌دانم
۲. پارگی شبکیه □ خیر □ بلی □ نمی‌دانم
۳. کراتوکونوس (قوز قرنیه) □ خیر □ بلی □ نمی‌دانم
۴. شب‌کوری (رتینیت پیگمانتوزا) □ خیر □ بلی □ نمی‌دانم

۳) ویزیت چشم‌پزشکی در یک سال اخیر:

□ ۱. نداشتم □ ۲. جهت بیماری چشمی (توضیح: .....) □ ۳. جهت چکاپ

۴) سابقه استفاده از:

a) عینک دور □ خیر □ بلی
b) عینک نزدیک □ خیر □ بلی
c) لنز تماسی شماره‌دار □ خیر □ بلی (اگر بلی: تهیه از □ چشم‌پزشک/اپتومتریست □ داروخانه □ متفرقه)
d) لنز تماسی زیبایی □ خیر □ بلی (اگر بلی: تهیه از □ چشم‌پزشک/اپتومتریست □ داروخانه □ متفرقه)

۵) کدورت قرنیه دارد یا ندارد؟

□ بله □ خیر
در صورت انتخاب گزینه بله: □ خفیف □ متوسط □ شدید
درگیری مرکز قرنیه: □ بله □ خیر
علت بیماری: □ ضربه □ اسکار ناشی از عفونت □ بیماری‌های ویروسی چشم □ سایر: .....

۶) سابقه درمان آمبلیوپی:

□ خیر □ بلی □ نمی‌دانم

۷) سابقه جراحی‌های چشمی:

a) کاتاراکت (آب مروارید): □ چشم راست □ چشم چپ □ هر دو چشم □ نمی‌دانم کدام چشم □ ندارد
b) لیزر برای دیابت: □ چشم راست □ چشم چپ □ هر دو چشم □ نمی‌دانم کدام چشم □ ندارد
c) جراحی عیوب انکساری (لیزیک / PRK / لنز داخل چشمی) / توضیح: .....
□ چشم راست □ چشم چپ □ هر دو چشم □ نمی‌دانم کدام چشم □ ندارد
d) پارگی شبکیه: □ چشم راست □ چشم چپ □ هر دو چشم □ نمی‌دانم کدام چشم □ ندارد
e) گلوکوم (آب سیاه): □ چشم راست □ چشم چپ □ هر دو چشم □ نمی‌دانم کدام چشم □ ندارد
f) مجرای اشکی: □ چشم راست □ چشم چپ □ هر دو چشم □ نمی‌دانم کدام چشم □ ندارد
g) متفرقه: .....

h) علائم خشکی چشم شدید شامل سوزش، احساس جسم خارجی، سخت باز شدن پلک‌ها:
□ چشم راست □ چشم چپ □ هر دو چشم □ نمی‌دانم کدام چشم □ ندارد

نام و نام خانوادگی اپتومتریست / کارشناس: .....

کد اپتومتریست / کارشناس: .....

General Eye Examination Form (Clean Template)

Retina

Description: OD: _____ OS: _____
Others: _____

Diagnosis: OD: _____ OS: _____
Others: _____

Assessment

☐ Normal
☐ Refractive error
☐ Stable pathology without need to intervention
☐ Active pathology needing intervention

Plan

Plans: _____
Others: _____

دلایل ارجاع فوری به چشم‌پزشک فوق‌تخصص / مرکز چشم‌پزشکی

☐ Diabetic retinopathy OD ☐ Diabetic retinopathy OS ☐ Visually significant cataract ☐ Glaucoma
☐ Glaucoma suspect ☐ Lid / orbit lesions ☐ Strabismus ☐ Other
Others: _____

Anterior Segment / Cornea

OD – Description: ☐ Clear ☐ Diffuse opacity ☐ Localized opacity ☐ Arcus ☐ Thinning ☐ Edema ☐ Vascularization ☐ Other
Other Diagnosis OD: _____

OS – Description: ☐ Clear ☐ Diffuse opacity ☐ Localized opacity ☐ Arcus ☐ Thinning ☐ Edema ☐ Vascularization ☐ Other
Other Diagnosis OS: _____

Normal / Infectious Keratitis / Ectatic / Dystrophic / Degenerative diseases: _____
Angle: OD: _____ OS: _____

Other Examination Findings

RAPD: OD: _____ OS: _____
Red Reflex: OD: _____ OS: _____
Lens: OD: _____ OS: _____
Vitreous: OD: _____ OS: _____

Optic disc – Description: OD: _____ OS: _____ Diagnosis: OD: _____ OS: _____
Macula – Description: OD: _____ OS: _____ Diagnosis: OD: _____ OS: _____

Lid / Orbit / Extraocular Muscles / Conjunctiva

Lid / Orbit

NLD / common Canalicular Obstruction: OD: ☐ OS: ☐
Proptosis: OD: ☐ OS: ☐
Ectropion / Entropion: OD: ☐ OS: ☐
Mass (suspicious malignancy): OD: ☐ OS: ☐
Dry eye (based on tear meniscus, TBUT, Schirmer): OD: ☐ OS: ☐

Extraocular muscles

Nystagmus: OD: ☐ OS: ☐
Exotropia: OD: ☐ OS: ☐ Intermittent: ☐
Esotropia: OD: ☐ OS: ☐ Intermittent: ☐
Hypotropia: OD: ☐ OS: ☐
Hypertropia: OD: ☐ OS: ☐
Has Strabismus: ☐ Yes ☐ No

Conjunctiva

Pterygium: OD: ☐ OS: ☐ OU: ☐
Nevus: OD: ☐ OS: ☐ OU: ☐
CIN / SCC / mass (suspicious malignancy): OD: ☐ OS: ☐ OU: ☐

Lid lesions

Has Lid lesions: ☐ No ☐ Yes
Type: ☐ انتروپیون ☐ اکتروپیون ☐ ضایعات دیگر ☐ اشک‌ریزش ☐ توده ☐ پتوز

فرم شماره ۲: معاینات دید

(این فرم توسط اپتومتریست پر می‌شود)

تاریخ معاینه:	کد:	نام و نام خانوادگی: .....

Distance VA (UCVA)

OD: _____ OS: _____

Present Far Glasses

CCVA OD: _____ CCVA OS: _____
OD: Sph _____ Cyl _____ Axis _____
OS: Sph _____ Cyl _____ Axis _____

Present Near Glasses

OD: Sph _____ Cyl _____ Axis _____
OS: Sph _____ Cyl _____ Axis _____

Objective refraction

OD: Sph _____ Cyl _____ Axis _____ PRR: _____ SM: _____
OS: Sph _____ Cyl _____ Axis _____ PRR: _____ SM: _____

Subjective refraction

OD: Sph _____ Cyl _____ Axis _____
OS: Sph _____ Cyl _____ Axis _____
BCVA OD: _____ BCVA OS: _____

RAPD: OD: _____ OS: _____
IOP: OD: _____ OS: _____

Strabismus / Alignment

Has Strabismus: ☐ Yes ☐ No
Nystagmus: OD: ☐ No ☐ Yes OS: ☐ No ☐ Yes
Exotropia: OD: ☐ No ☐ Yes OS: ☐ No ☐ Yes Intermittent: ☐ No ☐ Yes Alternate: ☐ No ☐ Yes
Esotropia: OD: ☐ No ☐ Yes OS: ☐ No ☐ Yes Intermittent: ☐ No ☐ Yes Alternate: ☐ No ☐ Yes
Hypotropia: OD: ☐ No ☐ Yes OS: ☐ No ☐ Yes
Hypertropia: OD: ☐ No ☐ Yes OS: ☐ No ☐ Yes

نتیجه (بر مبنای فرم یک و دو):

۱. ☐ نرمال
۲. ☐ نیاز به عینک دور ☐ عینک قبلی مناسب است ☐ عینک جدید تجویز شد
۳. ☐ نیاز به عینک نزدیک ☐ عینک قبلی مناسب است ☐ عینک جدید تجویز شد
۴. ☐ نیاز به ارجاع به چشم‌پزشک (لطفاً فرم شماره سه ضمیمه شود)

نام و نام خانوادگی اپتومتریست: .....

امضا: .....