Trabectome® **OPERATIVE** Report Form 手術報告書

PATIENT IDENTIFIERS: 患者 ID: _ _ _ _ _ _ _ _ _

Generic Patient Code #:**WATANABE_ _ _**
(Assigned by NeoMedix)

Investigator: **Dr. WATANABE** Center: **CHUKYO HOSPITAL** 手術日: ____/____/____
(MM / DD / YY)

術眼 右眼 ☐ 左眼 ☐

ハンドピース ロット 番号: _____

トラベクトーム 本体 番号. _____**TB**_____

潅流チューブ ロット 番号. _____

切開パワー: _____

ボトルの高さ: _____

吸引の強さ: _____

粘弾性物質の種類:_____

隅角鏡使用の有無 **右:** _____ **左:** _____

術中問題点:

	yes	no
前房の出血 (集合管からの出血を除く)	☐	☐
虹彩損傷	☐	☐
水晶体損傷	☐	☐
角膜損傷	☐	☐

その他 _____

_____

_____

_____

	術前点眼:		**術後点眼:**	
抗生剤	yes ☐	no ☐	yes ☐	no ☐
ステロイド	yes ☐	no ☐	yes ☐	no ☐
ピロカルピン	yes ☐	no ☐	yes ☐	no ☐
α 刺激剤	yes ☐	no ☐	yes ☐	no ☐
NSAIDS	yes ☐	no ☐	yes ☐	no ☐
その他	yes ☐	no ☐	yes ☐	no ☐

その他ありなら下記に記載:
_____

逆流性出血: yes ☐ no ☐
創口の縫合 : yes ☐ no ☐
空気置換: yes ☐ no ☐
その他外科的手技: yes ☐ no ☐
具体的に:
_____

_____

角膜切開幅: _____

線維柱帯の切開角度: _____

手術手技が完遂できなかった場合、その理由:

_____

_____

眼内薬物使用: yes ☐ no ☐

Yes ならその種類: _____

Schlemm 管への刺入の難易:
簡単 ☐ 普通 ☐ 難 ☐

コメント: _____

線維柱帯除去の難易
簡単 ☐ 普通 ☐ 難 ☐

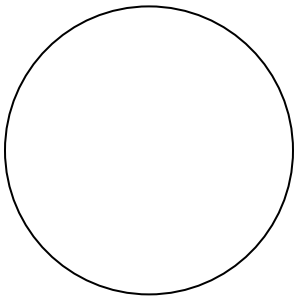
コメント: _____

手術手技の難易:
簡単 ☐ 普通 ☐ 難 ☐

コメント: _____

手術部位の概略: (角度を記入)

(上方)



_____ **日付:** ____/____/____
調査者サイン (MM/DD/YY)

T: (714) 258-8355, ***F: (714) 258-8356***