

角膜移植片依頼用紙

(用紙に必須事項をすべてご記入ください)

+1-720-848-3947までファクスいただくか、distribution@corneas.orgまでメールで送信してください。

ご質問などについてはフリーダイヤル0053-1131-102までお問い合わせください。

顧客情報

名: _____ 姓: _____

住所: _____ 市/州・都道府県/郵便番号: _____

生年月日: _____ 性別: _____ ID番号 (社会保障番号、DL番号、またはカルテ番号): _____

手術予定: 移植を受ける眼: 右眼 左眼

<input type="checkbox"/> 緑内障パッチ/シャントカバー	<input type="checkbox"/> 新鮮	<input type="checkbox"/> 長期保存
<input type="checkbox"/> 全層角膜移植術 (PKP)		
<input type="checkbox"/> 角膜輪部移植術 (KLAL)		
<input type="checkbox"/> 表層角膜移植術 (ALK) または <input type="checkbox"/> 深層表層角膜移植術 (DALK)		
<input type="checkbox"/> Intralaseテクノロジーを使用した角膜移植術 (IEK) <small>(該当項目を丸で囲んでください)</small> 事前切開しますか? はい いいえ 事前切開に「はい」と答えた場合はご希望の形状を丸で囲んでください: ジグザグ型 トップハット型 マッシュルーム型		
<input type="checkbox"/> 内皮移植術 / EK, DSAEK, DSEK, DMEK <small>事前切開しますか? はい いいえ</small> <small>ご希望の切開手順および選択した角膜についての目標厚を示してください。</small> <input type="checkbox"/> DMEK (事前切開のみ) <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 間質マークなし <input type="checkbox"/> DSEK/DSAEK 標準型 (100超のみ): _____ μm (+/- 20μm) <small>または</small> <input type="checkbox"/> DSEK/DSAEK 超薄型 (50~90のみ): _____ μm (+/- 20μm) (超薄型移植片には追加料金がかかります。)		
DSEK/DSAEK: 標準として下記のマークがすべて含まれます (標準マークをご希望でない場合はご希望のマークを下記に示してください)		
<input type="checkbox"/> 間質ベッド上の 方向マーク「S」 	<input type="checkbox"/> 中央上皮 マーク 	<input type="checkbox"/> ベッド径 マーク  <input type="checkbox"/> その他 または マークなし 
<input type="checkbox"/> 強膜 (全部)		

術前診断: (該当項目に印を付けてください)

<input type="checkbox"/> 白内障手術後の浮腫	<input type="checkbox"/> 円錐角膜	<input type="checkbox"/> フックス角膜内皮変性症
<input type="checkbox"/> 角膜再移植	<input type="checkbox"/> その他の変性症	<input type="checkbox"/> 屈折矯正手術後
<input type="checkbox"/> 微生物の変化	<input type="checkbox"/> 機械的外傷または化学的外傷 (非外科的)	<input type="checkbox"/> 先天性角膜混濁
<input type="checkbox"/> 先天性角膜混濁または 歪曲のその他の原因		

手術情報

術部: _____ 外科医: _____

手術コーディネーター: _____ 依頼日: _____ 手術日: _____ 手術時刻: _____

発注書番号 (該当する場合): _____ 電話: _____ ファクス: _____ メール: _____

特記事項: _____

RMLEB専用: リクエスト記録者: _____ 日時: _____ リクエスト#: _____