



INFORME DE ASISTENCIA DE LASER NEWEYES

_____ de _____ de 200__

PACIENTE: _____

CIRUJANO

Paciente tratado el día: _____ de _____ de 200__

Numero de sesión:

Ojo derecho: Test 1ª sesión 2ª sesión 3ª sesión 4ª sesión
Ojo izquierdo: Test 1ª sesión 2ª sesión 3ª sesión 4ª sesión

Color de iris actual (Registro digital de fotografía y/o video):

Ojo derecho: Marrón Miel Verde Azul
Ojo izquierdo: Marrón Miel Verde Azul

Tratamiento preoperatorio:

Ojo derecho: Ansiolítico+AINE Miótico+Anestésico
Ojo izquierdo: Ansiolítico+AINE Miótico+Anestésico

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS

Llevar gafas protectoras (de sol) por la calle
Prohibido tocar los ojos
Evitar ambientes contaminados

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

COMBIGAN colirio	1 gota cada 12 horas (durante 1 semana)
NEVANAC colirio	1 gota cada 8 horas (durante 1 semana)
HYLO PARIN colirio	1 gota cada 8 horas (durante 1 semana)
ADIRO 100 comprimidos	1 compr cada 24 horas (durante 1 semana)

PARA CONSULTAR LLAME AL DOCTOR 696-55 10 11

PARA SOLICITAR CITA LLAME AL 902 151 900