ROP onderzoeksformulier

Naam ziekenhuis:
Kalenderweek eerste screening:

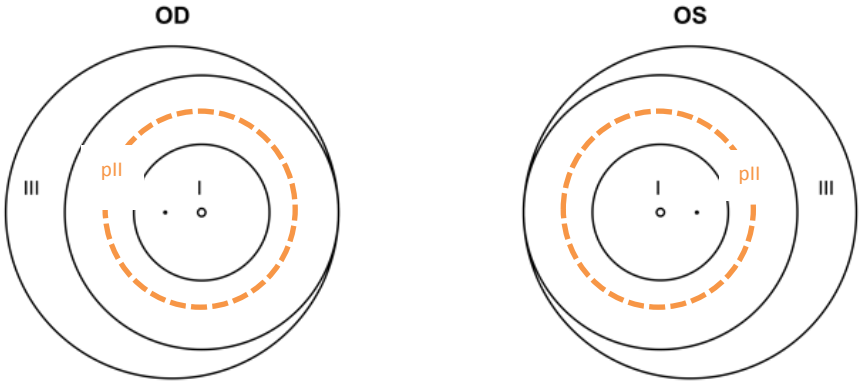
Coderingsegevens

Geboortedatum kind: / /
4-cijferige postcode: _ _ _ _

Geboortegewicht:
Zwangerschapsduur:
Meerling: nee/ja volgnummer: 1 / 2 /3

	Geen ROP				Wel ROP						
Datum Onderzoek	**Geen ROP**		**Avasculair Zone I-III**		**Plus (Ja/nee)**		**Stagering OD**		**Stagering OS**		**Datum volgend onderzoek**
	OD	**OS**	**OD**	**OS**	**OD**	**OS**	**1-5-AP**	**Zone I-III**	**1-5-AP**	**Zone I-III**	

zie ook: www.nedrop.nl of download de NEDROP app voor iOS en Android



Indien behandeling: **laser / PPV / anti-VEGF** in **OD / OS / ODS**
Locatie behandeling:
Einde screening wegens: A) Overlijden
B) Overplaatsing naar ander ziekenhuis
C) Einde screening

Bij einde screening in uw ziekenhuis gaarne voorblad retourneren naar onderstaand adres.
NEDROP, t.a.v. mw K. Trzcionkowska, Afdeling Oogheelkunde J3-S,
Antwoordnummer 10392, 2300 WB LEIDEN.
Vervolgvellen kunt u voor uw eigen administratie houden