

## Примерен чек лист - първи преглед

<b>Анамнеза</b>		
<b>Общи данни</b>	Дата на прегледа	<input type="checkbox"/>
	Специалист	<input type="checkbox"/>
	Защита на данни	<input type="checkbox"/>
<b>Лични данни</b>	Пол	<input type="checkbox"/>
	Рождена дата / Възраст	<input type="checkbox"/>
	Придружител	<input type="checkbox"/>
	Данни за връзка	<input type="checkbox"/>
<b>Медицинска информация</b>	Хронични заболявания	<input type="checkbox"/>
	Общи заболявания	<input type="checkbox"/>
	Очни заболявания	<input type="checkbox"/>
	Фамилна обремененост	<input type="checkbox"/>
<b>Приемане на медикаменти</b>	Лекарства за сърце	<input type="checkbox"/>
	Хормонална терапия	<input type="checkbox"/>
	Кортизон	<input type="checkbox"/>
	Антибиотици	<input type="checkbox"/>
	Инсулин	<input type="checkbox"/>
	Медикаменти за понижаване на кръвно налягане	<input type="checkbox"/>
<b>Причина на посещението</b>	Проверка на зрителната острота	<input type="checkbox"/>
	Влошено зрението	<input type="checkbox"/>
	Преглед за изготвяне на медицинско удостоверение	<input type="checkbox"/>
	И други	
<b>Актуални корекционни средства</b>	Очила за далечно виждане	<input type="checkbox"/>
	Очила за четене	<input type="checkbox"/>
	Прогресив	<input type="checkbox"/>
	Контактни лещи	<input type="checkbox"/>
	Увеличителни средства (Low Vision)	<input type="checkbox"/>
<b>Визуални изисквания</b>	На далече	<input type="checkbox"/>
	Работа с компютър	<input type="checkbox"/>
	Работа с таблет / smartphone	<input type="checkbox"/>
	И др.	<input type="checkbox"/>
<b>Лечение предписано от очен лекар</b>	Данни за връзка с лекаря	<input type="checkbox"/>
	Диагноза	<input type="checkbox"/>
	Нараняване / Операции на окото	<input type="checkbox"/>
<b>Актуални оплаквания &amp; честота / сила на появата им</b>	Неясно виждане далечно / близко	<input type="checkbox"/>
	Сълзящо око	<input type="checkbox"/>
	Сухо око	<input type="checkbox"/>
	Черни петна / блуждаещи точки	<input type="checkbox"/>
	Главоболие при четене	<input type="checkbox"/>
	Болка във врата и раменете	<input type="checkbox"/>
	Виене на свят	<input type="checkbox"/>

Примерен чек лист - първи преглед

И др.

**Рефракционен статус**

Обективна рефракция	<input type="checkbox"/>
Субективна рефракция	<input type="checkbox"/>
Оптометрични скринингови методи	<input type="checkbox"/>

**Преден очен сегмент**

Роговични радиуси	Централни	<input type="checkbox"/>
	Периферни	<input type="checkbox"/>
Ексцентрицитет	Общ	<input type="checkbox"/>
	Индивидуален	<input type="checkbox"/>
Астигматика		<input type="checkbox"/>
Роговичен диаметър		<input type="checkbox"/>
Размер на клепачната цепка		<input type="checkbox"/>
Размер и форма на зеницата	Дневана светлина	<input type="checkbox"/>
	Затъмнени условия	<input type="checkbox"/>
Клепачи	Форма	<input type="checkbox"/>
	Разположение	<input type="checkbox"/>
	Симетрия	<input type="checkbox"/>
Конюнктивa	Булбарна	<input type="checkbox"/>
	Палпебрална	<input type="checkbox"/>
Роговица	Дебелина на слоевете	<input type="checkbox"/>
	Преходни зони	<input type="checkbox"/>
	Форма	<input type="checkbox"/>
Предна очна камера	Ъгъла на камерата	<input type="checkbox"/>
	Дълбочина на камерата	<input type="checkbox"/>
	Находка на възпалени клетки	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Очна леща	Помътняване	<input type="checkbox"/>

**Анализ на слъзния филм**

Качество	Динамика	<input type="checkbox"/>
	Интерференции	<input type="checkbox"/>
Количество	Слъзен менискус (NI)(K)BUT	<input type="checkbox"/>
	Ширмер	<input type="checkbox"/>
	Кориаши	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

## Примерен чек лист - първи преглед

Методът Lipsof

### Пробни лещи

Геометрия на лещата

Материал на лещата

Продукти за  
поддръжка/грижа за  
контактни лещи

Комфорт

Първо впечатление

След ... мин.

След ... дни

Поведение на лещата

Движение

Центриране

Овлажняване

Флуорисцентна снимка

Контрол на визуса

Моноколярно OD / OS

Бинокулярно

### Демонстрация / Обяснение

Поставяне на КЛ

Сваляне на КЛ

Почистване на КЛ

Режим на носене

Контролен преглед