

OPHTEC

focus on perfection

ARTIFLEX® LIOs refractivas esféricas

Número de Fax: 900 993 192

Nombre del médico: ** Número de fax o correo electrónico:**	Nombre del paciente: **	
	Fecha de nacimiento:	
	Derecho (OD)	Izquierdo (OS)
Vértice: estándar 12mm	otro:	otro:
<u>Refracción subjetiva:</u> Esfera:****	.....dpt.	.....dpt.
Cilindro:****	.....dpt.	.....dpt.
<u>Valores K:</u> K1 ****	.....dpt.	..... dpt.
K2 **	..... dpt.	.....dpt.
<u>Profundidad de la cámara anterior:**</u>		
De epitelio <input type="checkbox"/>mm	.....mm
o		
De endotelio <input type="checkbox"/>		
Pseudofáquico <input type="checkbox"/>		
Objetivo postoperativo	.....dpt.	.....dpt.
Modelo de ARTIFLEX PIOL	Myopia 6/8.5 – ref. 401	Myopia 6/8.5 – ref. 401
Observaciones:		
Nota:** Información obligatoria		
Fecha:.....		