

# OPHTEC

*focus on perfection*

ARTIFLEX® LIOs refractivas tóricas

Número de Fax: 900 993 192

Nombre del médico: ** ..... Número de fax o correo electrónico: ** ..... .....	Nombre de paciente: ** ..... .....	
	Fecha de nacimiento: ..... .....	
	Derecho (OD)	Izquierdo (OS)
Vértice: Estándar 12mm	otro:	otro:
<u>Refracción subjetiva:</u> Esfera:**	.....dpt.	.....dpt.
Cilindro:**	.....dpt.	.....dpt.
Eje:**	.....°	.....°
<u>Valores K:</u> K1 **	.....dpt.	..... dpt.
K2 **	..... dpt.	.....dpt.
<u>Profundidad de la cámara anterior:**</u>  De epitelio <input type="checkbox"/> o De endotelio <input type="checkbox"/>  Pseudofáquico <input type="checkbox"/>	.....mm	.....mm
Objetivo postoperativo	Esfera: ..... dpt. Cilindro: ..... dpt.	Esfera: ..... dpt. Cilindro: ..... dpt.
Posición de la LIO (superior es estándar)	<input type="checkbox"/> Incisión superior (horizontal) <input type="checkbox"/> Incisión temporal (vertical)	<input type="checkbox"/> Incisión superior (horizontal) <input type="checkbox"/> Incisión temporal (vertical)
Observaciones: ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....		
Nota: ** Información obligatoria		
Fecha: .....		