

OPHTEC

focus on perfection

ARTISAN® LIOs refractivas tóricas

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:
Refracción subjetiva:		
Esfera:**dpt.dpt.
Cilindro:**dpt.dpt.
Eje:**°°
Valores K: K1 **dpt. dpt.
K2 ** dpt.dpt.
Profundidad de la cámara anterior:**		
De epitelio <input type="checkbox"/>mmmm
o		
De endotelio <input type="checkbox"/>		
Pseudofáquico <input type="checkbox"/>		
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:		