

1. <b>HENKILÖ- TIEDOT</b>	Henkilötunnus		<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> K
	Sukunimi		Etunimet		
2. <b>DIAGNOOSI</b>	Näkövamma aiheuttaneet diagnoosit. Kohtaan 1 välitön näkövamma syy, eli se sairaus, joka on viimeksi huonontanut paremman silmän näköä.				
	1.				
	2.				
	3.				
3. <b>LISÄVAMMAT TAI PITKÄ- AIKAIS- SAIRAUDET</b>	<input type="checkbox"/> Liikuntavamma	Diabetes:		<input type="checkbox"/> Ei tietoa monivammaisuudesta	
	<input type="checkbox"/> CP-vamma	<input type="checkbox"/> insuliini	<input type="checkbox"/> Muu vamma t.sairaus, mikä		
	<input type="checkbox"/> Kuulovamma	<input type="checkbox"/> muu hoito			
	<input type="checkbox"/> Kehitysvamma	<input type="checkbox"/> ei tietoa hoidosta			
	Lisätietoja				
4. <b>ETIOLOGIA</b> Ilmoitetaan ellei käy ilmi näkövamma diagnoosista	<input type="checkbox"/> Ikääntyminen	Diabeettinen retinopatia:		<input type="checkbox"/> Myopia	<input type="checkbox"/> Ei tietoa etiologiasta
	<input type="checkbox"/> Perinnöllinen	<input type="checkbox"/> proliferatiivinen	<input type="checkbox"/> ei proliferatiivinen	<input type="checkbox"/> Kasvain	
	<input type="checkbox"/> Raskaudenaikainen	<input type="checkbox"/> ei tietoa		<input type="checkbox"/> MS-tauti	<input type="checkbox"/> Muu etiologia, mikä:
	<input type="checkbox"/> Perinataalinen			<input type="checkbox"/> Tulehdus	
	<input type="checkbox"/> Keskosuus			<input type="checkbox"/> Tapaturma	
	Lisätietoja				
5. <b>VAMMAISUU- DEN KESTO</b>	Milloin näkövammautunut		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ei tietoa
			kk	vuosi	
6. <b>NÄÖN- TARKKUUS</b>	<b>OIKEA SILMÄ</b>		<b>VASEN SILMÄ</b>		
	Näön- tarkkuus:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ei tietoa	Näön- tarkkuus:	<input type="text"/>
7. <b>NÄKÖ- KENTTÄ</b>	<b>NÄKÖKENTÄN HALKAISIJA</b>		<b>NÄKÖKENTÄN HALKAISIJA</b>		
	<input type="checkbox"/> Alle 20°	<input type="checkbox"/> Homonyymi hemianopsia	<input type="checkbox"/> Alle 20°	<input type="checkbox"/> Homonyymi hemianopsia	
	<input type="checkbox"/> Alle 10°	<input type="checkbox"/> Ei tietoa	<input type="checkbox"/> Alle 10°	<input type="checkbox"/> Ei tietoa	
8. <b>ILMOITTAJA</b>	Aika ja paikka				Yksilöintitunnus
	Allekirjoitus				Leima
	Nimen selvennys				
	Toimipaikan osoite				
		Sairaala tai vastaava		Yksityisvastaanotto	
Lisätietoja					