

1. HENKILÖ- TIEDOT	Henkilötunnus		<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> K
	Sukunimi		Etunimet		
2. DIAGNOOSI	Näkövamma aiheuttaneet diagnoosit. Kohtaan 1 välitön näkövamma syy, eli se sairaus, joka on viimeksi huonontanut paremman silmän näköä.				
	1.				
	2.				
	3.				
3. LISÄVAMMAT TAI PITKÄ- AIKAIS- SAIRAUDET	<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. ETIOLOGIA 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. VAMMAISUU- DEN KESTO	Milloin näkövammautunut		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ei tietoa
			kk	vuosi	
6. NÄÖN- TARKKUUS	OIKEA SILMÄ		VASEN SILMÄ		
	Näön- tarkkuus:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ei tietoa	Näön- tarkkuus:	<input type="text"/>
7. NÄKÖ- KENTTÄ	NÄKÖKENTÄN HALKAISIJA			NÄKÖKENTÄN HALKAISIJA	
	<input type="checkbox"/> Alle 20°	<input type="checkbox"/> Homonymi hemianopsia	<input type="checkbox"/> Alle 20°	<input type="checkbox"/> Homonymi hemianopsia	
	<input type="checkbox"/> Alle 10°	<input type="checkbox"/> Ei tietoa	<input type="checkbox"/> Alle 10°	<input type="checkbox"/> Ei tietoa	
8. ILMOITTAJA	Aika ja paikka				Sv nro
	Allekirjoitus				Leima
	Nimen selvennys				
	Toimipaikan osoite				
		Sairaala tai vastaava		Yksityisvastaanotto	
Lisätietoja					