

# PROTOCOLO ESTUDIO VÍAS LAGRIMALES

FECHA

FILIACION

EDAD

SEXO

RAZA

AF.

<b>EPIFORA</b>		<b>OD</b>			<b>OI</b>		
		NO	SI	NO	SI	NO	SI
		IN	OUT	IN	OUT	IN	OUT
<b>ASOCI. A SECRECIONES NASALES</b>		NO	SI	NO	SI	NO	SI
<b>OTROS HALLAZGOS</b>							
Escala de Munk		<b>OD</b>			<b>OI</b>		
Grado1: 1-2 / Grado2: 3-4 / Grado3: 5-10							
Grado4: >10 / Grado5 : cte		1 2 3 4 5			1 2 3 4 5		
Tiempo de evolución	OD	OI					
Secreción/ conjuntivitis	OD	OI					
Dacrioscistitis aguda	OD	OI					
Fecha última / drenaje	OD	OI					
Cirugía vía lagrimal previa o sondajes Tipo y fecha otros							
QX nasosinusal	NO	SI	Examen rinológico				
Traumatismos faciales	NO	SI					
Anticoagulación	NO	SI					
Otros							
Párpados (blefaritis, ec/entropio...)							
Ptos lagrimales							
Patología irritativa	NO	SI					
Ojo seco			Schirmer BUT				
<b>Test aclaramiento fluoresceína</b>		<b>OD</b> / ++++			<b>OI</b> / ++++		
Presión sobre saco							
<b>Irrigación</b>	<b>inferior</b>	<i>permeable/ no permeable</i>			<b>inferior</b>	<i>permeable/ no permeable</i>	
		Refluye por superior <input type="checkbox"/>				refluye por superior <input type="checkbox"/>	
		Refluye por inferior <input type="checkbox"/>				refluye por inferior <input type="checkbox"/>	
	<b>superior</b>	<i>permeable/ no permeable</i>			<b>superior</b>	<i>permeable/ no permeable</i>	
	Refluye por superior <input type="checkbox"/>				refluye por superior <input type="checkbox"/>		
	Refluye por inferior <input type="checkbox"/>				refluye por inferior <input type="checkbox"/>		
Canalículos con sonda o cánula							
Test de Jones I	<b>OD</b>	Tiñe hisopo	no tiñe isopo	<b>OI</b>	tiñe hisopo	no tiñe isopo	
Test de Jones II	<b>OD</b>			<b>OI</b>			
<b>DCG</b>	<b>OD</b>			<b>OI</b>			
	permeable <input type="checkbox"/>	obstruc.parcial <input type="checkbox"/>	obst. total <input type="checkbox"/>	Permeable <input type="checkbox"/>	obst. Parcial <input type="checkbox"/>	obst. Total <input type="checkbox"/>	
<b>Localiza.</b>							
<b>Saco</b>	normal <input type="checkbox"/>	dilatado <input type="checkbox"/>	cicatricial <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	dilatado <input type="checkbox"/>	cicatricial <input type="checkbox"/>	
<b>TC</b>							
<b>J.C.</b>							
<b>QX PROPUESTA</b>							
<b>ANESTESIA</b>							