

COUNTYCARE OBEJMUJE LASIK

CountyCare stał się pierwszym i jedynym planem Medicaid w Illinois, który obejmuje zabieg LASIK. Więcej informacji znajdziesz poniżej.



Twój okulista MUSI wypełnić formularz oceny zabiegu LASIK i odesłać go do CountyCare, aby rozpatrzone Twoją kandydaturę do zabiegu LASIK.



Czym jest zabieg LASIK?

LASIK to zabieg chirurgiczny mający na celu korekcję wad wzroku poprzez zmianę kształtu rogówki. Może okazać się skuteczny w korekcji widzenia w dali i astygmatyzmie. Może nie być tak skuteczny w korygowaniu widzenia przedmiotów znajdujących się blisko. Po zabiegu może się okazać, że nie będzie Pan/Pani już potrzebować soczewek kontaktowych ani okularów.

Kto się kwalifikuje?

Aby poddać się zabiegowi LASIK, należy mieć od 21 do 50 lat i być w dobrym ogólnym stanie zdrowia. Należy przejść badanie wzroku i badanie refrakcji, aby ustalić, czy kwalifikuje się Pan/Pani do zabiegu. Tylko przeszkolony okulista może stwierdzić, czy kwalifikuje się Pan/Pani do zabiegu LASIK. Aby zabieg był objęty ubezpieczeniem, w dniu zabiegu należy być członkiem CountyCare.

Pacjenci, którzy mogą kwalifikować się do zabiegu:

- Są w dobrym ogólnym stanie zdrowia
- Nie mają problemów zdrowotnych wpływających na oczy
- Nie mają żadnych aktywnych chorób oczu, które mogłyby wpływać na gojenie się
- Mają stabilną korekcję wzroku przez co najmniej rok
- Nie mają poważnego zespołu suchego oka ani zaawansowanej jaskry
- Nie mają niekontrolowanej cukrzycy
- Mają grubość rogówki większą niż pół milimetra
- Mają manifestną refrakcję (przy użyciu dodatniego cylindra) wynoszącą od -6 do +5
- Nie otrzymują żadnej terapii hormonalnej (z wyjątkiem środków antykoncepcyjnych)

Czy uważasz, że możesz się kwalifikować? Oto, co należy zrobić dalej:

- 1 Wydrukuj formularz oceny zabiegu LASIK znajdujący się poniżej.
- 2 Umów się na ogólne badanie wzroku u okulisty w sieci CountyCare.
- 3 Wypełnij pierwszą stronę formularza oceny zabiegu LASIK i przynieś go ze sobą na wizytę.
- 4 Przekaż formularz swojemu lekarzowi, który wypełni drugą stronę i odeśle go do CountyCare.

Jeżeli podczas pierwszego badania wzroku nie zostaną wykryte żadne nieprawidłowości, skontaktujemy się z Panem/Panią w celu umówienia badania refrakcyjnego. Jest to badanie przedoperacyjne mające na celu ustalenie, czy zabieg LASIK jest dla Pana/Pani odpowiednim rozwiązaniem.

Aby uzyskać szczegółowe informacje lub zadać pytania, zadzwoń do działu obsługi klienta CountyCare pod numer 312-864-8200.

FORMULARZ OCENY LASIK



Uwaga Członku: Przed udaniem się do okulisty prosimy o wypełnienie tej strony formularza. Twój okulista musi wypełnić następną stronę.



Imię i nazwisko	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/>
Preferowany telefon	<input type="text"/>	Preferowany adres e-mail	<input type="text"/>
Numer identyfikacyjny członka	<input type="text"/>	Preferowane miejsce zabiegu LASIK	<input type="checkbox"/> Stroger Hospital <input type="checkbox"/> Provident Hospital <input type="checkbox"/> Inny dostawca

Dlaczego interesuje Pana/Panią zabieg LASIK lub PRK (laserowa korekcja wzroku)? _____

Czy rozumie Pan/Pani i akceptuje fakt, że laserowa korekcja wzroku może jedynie zmniejszyć konieczność noszenia okularów i/lub soczewek kontaktowych, a ich noszenie może okazać się konieczne po zabiegu? Tak Nie

Czy rozumie Pan/Pani, że zabieg LASIK nie eliminuje konieczności noszenia okularów do czytania? Tak Nie

Jak każdy zabieg chirurgiczny, LASIK niesie ze sobą ryzyko powikłań, a nawet zabiegi bez powikłań mogą skutkować pogorszeniem wzroku poniżej 20/20. Czy rozumie Pan/Pani to i czy jest Pan/Pani gotowy/a dowiedzieć się więcej o tych zagrożeniach, zaakceptować rozsądne ryzyko oraz przestrzegać harmonogramu przyjmowania leków po operacji i odbywania badań kontrolnych, aby zabieg mógł zostać przeprowadzony w możliwie najbezpieczniejszy sposób? Tak Nie

Ile lat mają okulary, których Pan/Pani obecnie używa? _____

Czy Pańska recepta na okulary uległa znaczącej zmianie w ciągu ostatniego roku lub dwóch? Tak Nie

Jeśli tak, proszę wyjaśnić: _____

Jakie problemy zdrowotne ma Pan/Pani obecnie lub miał(a) w przeszłości? _____

Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę? Tak Nie

Jeśli tak, czy jest dobrze kontrolowana? _____

Czy cierpi Pan/Pani na chorobę autoimmunologiczną (na przykład toczeń, reumatoidalne zapalenie stawów, stwardnienie rozsiane lub miastenię)? Czy cierpi Pan/Pani na chorobę naczyń kolagenowych? Tak Nie

Czy jest Pan/Pani świadomy/świadoma, że ma Pan/Pani osłabioną odporność z jakiegokolwiek powodu (np. HIV)? Tak Nie

Czy karmi Pani piersią, jest w ciąży lub planuje zajść w ciążę w ciągu najbliższych sześciu miesięcy? Tak Nie

Proszę wymienić wszystkie leki, które przyjmował Pan/Pani w ciągu ostatnich sześciu miesięcy. _____

Czy przyjmuje Pan/Pani sterydy, leki immunosupresyjne, chemioterapię lub Imitrex (sumatryptan)? Tak Nie

Czy przyjmuje Pan/Pani izotretynoinę lub inne leki na trądzik? Czy korzystał(a) Pan/Pani z tego w ciągu ostatnich 6 miesięcy? Czy zamierza Pan/Pani z niego skorzystać w ciągu najbliższych 6 miesięcy? Tak Nie

Czy stosuje Pan/Pani terapię hormonalną (oprócz środków antykoncepcyjnych)? Tak Nie

LASIK PROVIDER EVALUATION FORM

▶▶▶ Attention Member: Your eye care provider must complete this form. The form will not be accepted if a provider does not complete it. ◀◀◀

Patient Name <input style="width: 95%;" type="text"/>	Patient DOB <input style="width: 95%;" type="text"/>
Provider Name <input style="width: 95%;" type="text"/>	Provider Phone <input style="width: 95%;" type="text"/>
Provider Signature <input style="width: 95%;" type="text"/>	Date of Exam <input style="width: 95%;" type="text"/>

What is the spectacle correction (please include (Add)?)

OD + x Add +

OS + x Add +

Are you aware of a change in the refraction in the past 1 to 2 years? If so, please elaborate. Yes No

What are the patient's current distance & near manifest refraction?

OD + x Vision: 20/

OS + x Vision: 20/ Add + Vision:

If the patient wears contact lenses, what is the current prescription? OD: _____ OS: _____

Based on your eye examination, please comment on the following:

If vision is not 20/20 or better in each eye, please explain why? _____

Are there signs of significant anterior blepharitis? Yes No

Are there signs of corneal disease? If yes, are they on any therapies? Still symptomatic? Elaborate below. Yes No

Dry Eye	Yes	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	No	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	<hr/>
Corneal Scarring	Yes	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	No	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	<hr/>
Keratoconus/ corneal thinning disorder	Yes	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	No	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	<hr/>
Fuchs dystrophy/ other corneal edema	Yes	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	No	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	<hr/>
Ocular herpes	Yes	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	No	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	<hr/>

Does the patient have glaucoma or is the patient followed as a glaucoma suspect? If so, list why. _____

Does the patient have cataracts? Yes No Does the patient have retinal disease? Yes No

Do you think the patient has realistic expectations for the LASIK procedure? Yes No

If pachymetry, Schirmer testing, or topography was performed, please share the results: _____