

COUNTYCARE OBEJMUJE LASIK

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

▶ ▶ ▶ Twój okulista MUSI wypełnić formularz oceny dostawcy LASIK i odesłać go do CountyCare, abyś został(a) uwzględniony(a) w kwalifikacji 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 45 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 wieku od 21 do 45 lat
- 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 są w ciąży ani nie karmią piersią
- 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		Data urodzenia	
Preferowany telefon		Preferowany adres e-mail	
Numer identyfikacyjny członka		Preferowane miejsce zabiegu LASIK	☐ Stroger Hospital ☐ Provident Hospital

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

☐

Czy w ciągu ostatnich 6–12 miesięcy karmiła Pani piersią lub była w ciąży?

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

☐

FORMULARZ OCENY DOSTAWCY LASIK



Uwaga Członku: Twój okulista musi wypełnić ten formularz. Formularz nie zostanie zaakceptowany, jeśli okulista go nie wypełni.



Imię i nazwisko pacjenta		Data urodzenia pacjenta	
Nazwa dostawcy		Telefon dostawcy	
Numer NPI lekarza		Rozpoznanie	
Powód skierowania			
Preferowana lokalizacja badania		Imię i nazwisko lekarza kierującego	
Podpis dostawcy		Data badania	

Jaka jest korekcja okularowa (proszę uwzględnić Addycja)?

OD + x Addycja +

OS + x Addycja +

Czy zauważył(a) Pan/Pani zmianę refrakcji w ciągu ostatnich 1-2 lat? Jeśli tak, proszę o podanie szczegółów.

Tak

☐

Nie

☐

Jakie są aktualne wyniki refrakcji subiektywnej pacjenta do dali i do bliży?

OD + x Wzrok: 20/

OS + x Wzrok: 20/ Addycja + Wzrok:

Jeśli pacjent nosi soczewki kontaktowe, jaka jest jego aktualna korekcja? OD: _____ OS: _____

Na podstawie badania wzroku prosimy o komentarz dotyczący poniższych kwestii:

Jeśli wzrok nie jest 20/20 lub lepszy w każdym oku, proszę wyjaśnić dlaczego? _____

Czy występują objawy istotnego przedniego zapalenia brzegów powiek?

Tak

☐

Nie

☐

Czy są jakieś objawy choroby rogówki? Jeśli tak, czy stosują jakieś terapie? Czy pacjent nadal ma objawy? Szczegóły poniżej.

Tak

☐

Nie

☐

Zespół suchego oka

Tak

☐

Nie

☐

Bliznowacenie rogówki

Tak

☐

Nie

☐

Keratoconus / zaburzenie ścięczenia rogówki

Tak

☐

Nie

☐

Dystrofia Fuchsa / inne obrzęki rogówki

Tak

☐

Nie

☐

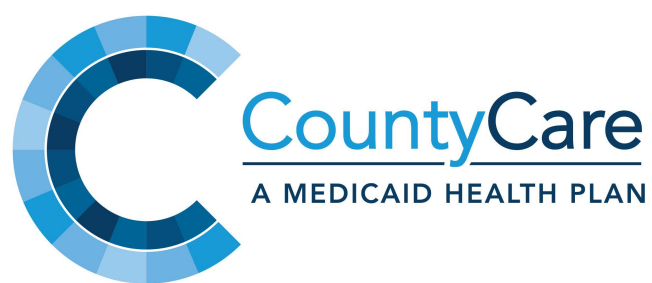
Opryszczka oczna

Tak

☐

Nie

☐



FORMULARZ OCENY DOSTAWCY LASIK



Uwaga Członku: Twój okulista musi wypełnić ten formularz. Formularz nie zostanie zaakceptowany, jeśli okulista go nie wypełni.



Czy pacjent ma jaskrę lub jest obserwowany jako podejrzany o jaskrę? Jeśli tak, podaj przyczynę. _____

Czy pacjent ma zaćmę? Tak ☐ Nie ☐ Czy pacjent ma chorobę siatkówki? Tak ☐ Nie ☐

Czy uważasz, że pacjent ma realistyczne oczekiwania co do zabiegu LASIK? Tak ☐ Nie ☐

Jeśli wykonano pachymetrię, test Schirmera lub topografię, prosimy o podanie wyników: _____