

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 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 wieku od 21 do 50 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

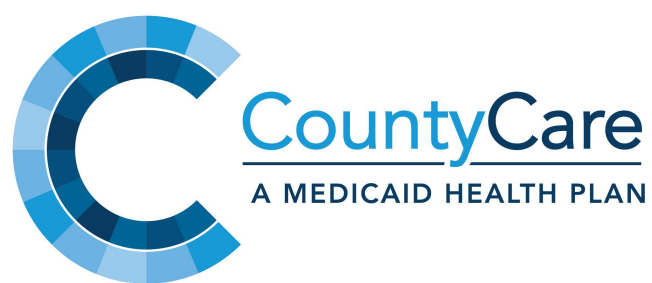
Tak

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: _____