Lampiran 3

Anamnesis dan Hasil Pemeriksaan

Tanggal : .....

Nama : .....

Usia : .....

Pekerjaan : .....

Nomer Telp/Hp : .....

Alamat : .....

Usia Kehamilan : .....

Riwayat Penyakit Sekarang (RPS) :

- ☐ Mata terasa kering
- ☐ Mata sakit atau perih
- ☐ Mata terasa terbakar
- ☐ Mata merah
- ☐ Mata seperti berpasir
- ☐ Buram visi
- ☐ Ada cairan berserabut dari mata
- ☐ Mata gatal
- ☐ Mata pegal

Seberapa sering anda mengalami gejala tersebut : .....

1. Mengalami pembengkakan pada kaki, tangan, wajah atau bagian tubuh lain selama kehamilan?
   a. YA b. TIDAK

Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) :

1. Pernah melakukan operasi refraktif (keratomileusis [LASIK] atau photorefractive keratectomy [PRK] ?
   a. YA b. TIDAK
2. Menggunakan lensa kontak
   a. YA b. TIDAK
3. Mengalami defisiensi komponen lemak air mata (blefaritis menahun, distikiasis dan akibat pembedahan kelopak mata) ?
   a. YA b. TIDAK
4. Mengalami defisiensi kelenjar air mata (sindrom Sjogren, sindrom riley day, alakrimia kongenital, aplasia kongenital saraf trigeminus, sarkoidosis, limfoma kelenjar air mata) ?
   a. YA b. TIDAK
5. Mengalami defisiensi komponen musin (benign ocular pempigoid) ?
   a. YA b. TIDAK
6. Pernah mengalami glaukoma?
   a. YA b. TIDAK
7. Pernah mengalami diabetes atau kencing manis?
   a. YA b. TIDAK
8. Pernah mengalami lepra?
   a. YA b. TIDAK
9. Pernah mengalami herpes zoster?
   a. YA b. TIDAK
10. Tekanan darah?
    1. Hipertesi 2. Normal 3. hipotensi
11. Lainnya :