

# CORNEA TRANSPLANT OUTCOME FORM

Instruction: Complete this form at 12th month and annually after cornea transplant surgery. Where check boxes  are provided, check (✓) one or more boxes. Where radio buttons  are provided, check (✓) one box only. Indicate the events occurring since last reporting. Please return completed form to the NTR at the following address:

**National Transplant Registry**  
**Level 5, Menara Wisma Sejarah**  
**230, Jalan Tun Razak**  
**50400 Kuala Lumpur**

Office use:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Centre:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

<b>i. Name of reporting centre:</b>	<b>ii. Date :</b> (dd/mm/yyyy)
<b>iii. Patient Name:</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>3. NRIC :</b>	MyKad: <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> Old IC: <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/>
	Other ID document No: <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Specify document type (if others): <input type="radio"/> Registration number <input type="radio"/> Mother's I/C <input type="radio"/> Armed Force ID <input type="radio"/> Date of Birth <input type="radio"/> Passport <input type="radio"/> Father's I/C <input type="radio"/> Work Permit # <input type="radio"/> Lab number <input type="radio"/> Others

## SECTION 1 : PATIENT STATUS

<b>1. Duration after surgery:</b>	<input type="radio"/> 12 months <input type="radio"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> Years	<b>2. Operated Eye:</b>	<input type="radio"/> Right <input type="radio"/> Left
<b>3. Date of transplant:</b>	<input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> (dd/mm/yyyy)		
<b>4. Patient current status:</b>	<input type="radio"/> Alive <input type="radio"/> Lost to follow-up → <b>a. Date of last follow-up:</b> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> (dd/mm/yyyy) <input type="radio"/> Transfer to a new centre → <b>a. Date of transfer:</b> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> (dd/mm/yyyy) <b>b. Name of new centre:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="radio"/> Dead → <b>a. Date of death:</b> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> (dd/mm/yyyy)		

## SECTION 2 : POST TRANSPLANT DATA

<b>1. Current topical steroids:</b>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No																
<b>2. Current systemic immunosuppression:</b>	<input type="radio"/> Yes → <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="radio"/> No																
<b>3. Graft Clear:</b>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No → <b>i. Graft Failure?</b> <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <b>a. Date of failure:</b> <input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/> (dd/mm/yyyy)  <b>b. Cause of Failure:</b>  <input type="checkbox"/> Primary graft failure    <input type="checkbox"/> Glaucoma  <input type="checkbox"/> Recurrence of primary disease    <input type="checkbox"/> Infection  <input type="checkbox"/> Primary Endothelial decompensation    <input type="checkbox"/> Graft rejection  <input type="checkbox"/> Late Endothelial decompensation  <input type="checkbox"/> Others, specify: <input style="width: 100%;" type="text"/> </div>																
<b>4. Graft Rejection:</b>	<input type="radio"/> Yes → <b>i.</b> <input type="checkbox"/> Epithelial <input type="checkbox"/> Stromal <input type="checkbox"/> Endothelial <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Rejection</th> <th style="width: 25%;">Date (dd/mm/yyyy)</th> <th style="width: 20%;">Outcome</th> <th style="width: 40%;">Treatment Modality</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Episode 1</td> <td><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/></td> <td><input type="radio"/> Clear <input type="radio"/> Not clear</td> <td> <input type="checkbox"/> topical steroid  <input type="checkbox"/> IV methylprednisolone  <input type="checkbox"/> oral prednisolone  <input type="checkbox"/> oral cyclosporine  <input type="checkbox"/> others, specify: <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Episode 2</td> <td><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/></td> <td><input type="radio"/> Clear <input type="radio"/> Not clear</td> <td> <input type="checkbox"/> topical steroid  <input type="checkbox"/> IV methylprednisolone  <input type="checkbox"/> oral prednisolone  <input type="checkbox"/> oral cyclosporine  <input type="checkbox"/> others, specify: <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Episode 3</td> <td><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px;" type="text"/></td> <td><input type="radio"/> Clear <input type="radio"/> Not clear</td> <td> <input type="checkbox"/> topical steroid  <input type="checkbox"/> IV methylprednisolone  <input type="checkbox"/> oral prednisolone  <input type="checkbox"/> oral cyclosporine  <input type="checkbox"/> others, specify: <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> </tbody> </table>	Rejection	Date (dd/mm/yyyy)	Outcome	Treatment Modality	Episode 1	<input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/>	<input type="radio"/> Clear <input type="radio"/> Not clear	<input type="checkbox"/> topical steroid <input type="checkbox"/> IV methylprednisolone <input type="checkbox"/> oral prednisolone <input type="checkbox"/> oral cyclosporine <input type="checkbox"/> others, specify: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Episode 2	<input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/>	<input type="radio"/> Clear <input type="radio"/> Not clear	<input type="checkbox"/> topical steroid <input type="checkbox"/> IV methylprednisolone <input type="checkbox"/> oral prednisolone <input type="checkbox"/> oral cyclosporine <input type="checkbox"/> others, specify: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Episode 3	<input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/>	<input type="radio"/> Clear <input type="radio"/> Not clear	<input type="checkbox"/> topical steroid <input type="checkbox"/> IV methylprednisolone <input type="checkbox"/> oral prednisolone <input type="checkbox"/> oral cyclosporine <input type="checkbox"/> others, specify: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Rejection	Date (dd/mm/yyyy)	Outcome	Treatment Modality														
Episode 1	<input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/>	<input type="radio"/> Clear <input type="radio"/> Not clear	<input type="checkbox"/> topical steroid <input type="checkbox"/> IV methylprednisolone <input type="checkbox"/> oral prednisolone <input type="checkbox"/> oral cyclosporine <input type="checkbox"/> others, specify: <input style="width: 100%;" type="text"/>														
Episode 2	<input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/>	<input type="radio"/> Clear <input type="radio"/> Not clear	<input type="checkbox"/> topical steroid <input type="checkbox"/> IV methylprednisolone <input type="checkbox"/> oral prednisolone <input type="checkbox"/> oral cyclosporine <input type="checkbox"/> others, specify: <input style="width: 100%;" type="text"/>														
Episode 3	<input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px;" type="text"/>	<input type="radio"/> Clear <input type="radio"/> Not clear	<input type="checkbox"/> topical steroid <input type="checkbox"/> IV methylprednisolone <input type="checkbox"/> oral prednisolone <input type="checkbox"/> oral cyclosporine <input type="checkbox"/> others, specify: <input style="width: 100%;" type="text"/>														

# CORNEA TRANSPLANT OUTCOME FORM

*Instruction: Complete this form at 12th month and annually after cornea transplant surgery.  
Where check boxes  are provided, check (✓) one or more boxes. Where radio buttons  are provided, check (✓) one box only.*

Office use:		
Centre:		

## SECTION 2 : POST TRANSPLANT DATA (Continue)

<b>5. Other Complications:</b>	<input type="checkbox"/> Epithelial Problem → <b>a. Date</b> (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Wound Dehiscence → <b>a. Date</b> (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Suture infiltration / abscess → <b>a. Date</b> (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Endophthalmitis → <b>a. Date</b> (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Microbial keratitis → <b>a. Date</b> (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Vascularization → <b>a. Date</b> (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Post-keratoplasty glaucoma → <b>a. Date</b> (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Others, specify: _____ → <b>a. Date</b> (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> NIL

<b>6. Visual data:</b>	<b>Date</b> (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">* a) Unaided VA</th> <th style="width: 33%;">b) Best Corrected VA</th> <th style="width: 34%;">c) Improved with refraction</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="radio"/> 6/6    <input type="radio"/> 4/60  <input type="radio"/> 6/9    <input type="radio"/> 3/60  <input type="radio"/> 6/12    <input type="radio"/> 2/60  <input type="radio"/> 6/18    <input type="radio"/> 1/60  <input type="radio"/> 6/24    <input type="radio"/> CF  <input type="radio"/> 6/36    <input type="radio"/> HM  <input type="radio"/> 6/60    <input type="radio"/> PL  <input type="radio"/> 5/60    <input type="radio"/> NPL  <input type="radio"/> NIPH                             </td> <td> <input type="radio"/> 6/6    <input type="radio"/> 4/60  <input type="radio"/> 6/9    <input type="radio"/> 3/60  <input type="radio"/> 6/12    <input type="radio"/> 2/60  <input type="radio"/> 6/18    <input type="radio"/> 1/60  <input type="radio"/> 6/24    <input type="radio"/> CF  <input type="radio"/> 6/36    <input type="radio"/> HM  <input type="radio"/> 6/60    <input type="radio"/> PL  <input type="radio"/> 5/60    <input type="radio"/> NPL  <input type="radio"/> NIPH                             </td> <td> <input type="radio"/> Yes → <b>Refraction**</b>  <input type="radio"/> No                             <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">a) SPH:</td> <td style="width: 100px;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">b) CYL:</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">c) AXIS:</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;"> <input type="radio"/> Others, specify: _____                             </td> </tr> </tbody> </table>	* a) Unaided VA	b) Best Corrected VA	c) Improved with refraction	<input type="radio"/> 6/6 <input type="radio"/> 4/60 <input type="radio"/> 6/9 <input type="radio"/> 3/60 <input type="radio"/> 6/12 <input type="radio"/> 2/60 <input type="radio"/> 6/18 <input type="radio"/> 1/60 <input type="radio"/> 6/24 <input type="radio"/> CF <input type="radio"/> 6/36 <input type="radio"/> HM <input type="radio"/> 6/60 <input type="radio"/> PL <input type="radio"/> 5/60 <input type="radio"/> NPL <input type="radio"/> NIPH	<input type="radio"/> 6/6 <input type="radio"/> 4/60 <input type="radio"/> 6/9 <input type="radio"/> 3/60 <input type="radio"/> 6/12 <input type="radio"/> 2/60 <input type="radio"/> 6/18 <input type="radio"/> 1/60 <input type="radio"/> 6/24 <input type="radio"/> CF <input type="radio"/> 6/36 <input type="radio"/> HM <input type="radio"/> 6/60 <input type="radio"/> PL <input type="radio"/> 5/60 <input type="radio"/> NPL <input type="radio"/> NIPH	<input type="radio"/> Yes → <b>Refraction**</b> <input type="radio"/> No <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">a) SPH:</td> <td style="width: 100px;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">b) CYL:</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">c) AXIS:</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	a) SPH:	<input type="text"/>	b) CYL:	<input type="text"/>	c) AXIS:	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Others, specify: _____		
* a) Unaided VA	b) Best Corrected VA	c) Improved with refraction														
<input type="radio"/> 6/6 <input type="radio"/> 4/60 <input type="radio"/> 6/9 <input type="radio"/> 3/60 <input type="radio"/> 6/12 <input type="radio"/> 2/60 <input type="radio"/> 6/18 <input type="radio"/> 1/60 <input type="radio"/> 6/24 <input type="radio"/> CF <input type="radio"/> 6/36 <input type="radio"/> HM <input type="radio"/> 6/60 <input type="radio"/> PL <input type="radio"/> 5/60 <input type="radio"/> NPL <input type="radio"/> NIPH	<input type="radio"/> 6/6 <input type="radio"/> 4/60 <input type="radio"/> 6/9 <input type="radio"/> 3/60 <input type="radio"/> 6/12 <input type="radio"/> 2/60 <input type="radio"/> 6/18 <input type="radio"/> 1/60 <input type="radio"/> 6/24 <input type="radio"/> CF <input type="radio"/> 6/36 <input type="radio"/> HM <input type="radio"/> 6/60 <input type="radio"/> PL <input type="radio"/> 5/60 <input type="radio"/> NPL <input type="radio"/> NIPH	<input type="radio"/> Yes → <b>Refraction**</b> <input type="radio"/> No <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">a) SPH:</td> <td style="width: 100px;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">b) CYL:</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">c) AXIS:</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	a) SPH:	<input type="text"/>	b) CYL:	<input type="text"/>	c) AXIS:	<input type="text"/>								
a) SPH:	<input type="text"/>															
b) CYL:	<input type="text"/>															
c) AXIS:	<input type="text"/>															
<input type="radio"/> Others, specify: _____																
	<p style="font-size: small;">** If refraction not performed, leave box blank. a) SPH - Spherical b) CYL - Cylinder</p>															

<b>7. Post-op Procedure:</b>	<input type="checkbox"/> NIL
	<input type="checkbox"/> Refractive Surgery → <b>a. Type:</b> _____ <b>b. Date</b> (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Cataract Surgery → <b>a. Type:</b> _____ <b>b. Date</b> (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Glaucoma Surgery → <b>a. Type:</b> _____ <b>b. Date</b> (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Retinal Surgery → <b>a. Type:</b> _____ <b>b. Date</b> (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Others, specify: _____ <b>a. Type:</b> _____ <b>b. Date</b> (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

<b>8. Factor for Post-op vision BCVA worse than 6/12:</b>	<input type="checkbox"/> NIL <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Cataract <input type="checkbox"/> DM Retinopathy <input type="checkbox"/> High astigmatism <input type="checkbox"/> Retinal Detachment <input type="checkbox"/> Cornea Decompensation <input type="checkbox"/> Other retinopathy specify: _____ <input type="checkbox"/> Others, specify: _____
---	--

**Form Completed By:** \_\_\_\_\_ (Name and Official Stamp)

**Signature:** \_\_\_\_\_