

RICHIESTA DI ESAMI DIAGNOSTICI O TERAPIA RETINICA

Paziente

Nome e Cognome:
indirizzo:
nr. telef.:
e-mail:

Anamnesi:

Diagnosi:

Allergie o problemi internistici: o no o si

Se si specificare:

Visus: OD refrazione sf cil /°

OS refrazione sf cil /°

esame richiesto: angiografia alla fluoresceina
 angiografia al verde di indocianina
 OCT maculare
 OCT papilla

Terapia richiesta: fotocoagulazione retinica
 terapia intravitreale

termine di esecuzione: 1 settimana
 1 mese
 altro

Si richiede: solo referto scritto
 referto scritto e immagini

Osservazioni:

Data: timbro e firma del richiedente: