



## **RICHIESTA DI ESAMI DIAGNOSTICI O TERAPIA RETINICA**

### **DATI PAZIENTE**

Nome e Cognome: .....

Data di nascita: .....

Indirizzo: .....

Nr. di tel.: ..... e-mail: .....

Ass. malattia/Nr.: .....

Anamnesi .....

Diagnosi: .....

Allergie e problemi internistici:  no  si

Se si specificare: .....

Visus: OD ..... refrazione sf ..... cil ..... / .....°

OS ..... refrazione sf ..... cil ..... / .....°

Esame richiesto:  angiografia alla fluoresceina se indicato  
 angiografia al verde di indocianina  
 OCT maculare  
 OCT papilla

Terapia richiesta:  fotocoagulazione retinica  
 terapia intravitreale se necessaria

Termine di esecuzione:  1 settimana  
 1 mese  
 altro

Si richiede:  solo referto scritto  
 referto scritto e immagini

Osservazioni: .....  
.....  
.....

Data: ..... Timbro e firma del richiedente: .....