

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 sì 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: