

RICHIESTA DI ANGIOGRAFIA / ESAMI O TERAPIA

Paziente:

Cognome e Nome:
Data di nascita:
Indirizzo:
Tel:

Anamnesi:

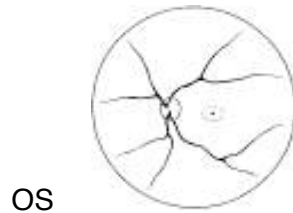
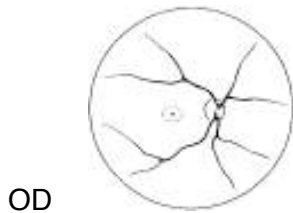
Diagnosi:

Allergie o problemi internistici: o no o si

Visus: OD sf cil /°

OS sf cil /°

Disegno:



Richiesta: o solo esame o esame ed ev. terapia o solo terapia

- | | |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> angiografia alla fluoresceina
<input type="checkbox"/> angiografia al verde d'indocianina
<input type="checkbox"/> foto a colori del fundus
<input type="checkbox"/> tomografia retinica
<input type="checkbox"/> analisi tomografica delle fibre del nervo ottico
<input type="checkbox"/> altro</p> | <p><input type="checkbox"/> terapia fotodinamica
<input type="checkbox"/> fotocoagulazione
<input type="checkbox"/> TTT
<input type="checkbox"/> vasi afferenti
<input type="checkbox"/> capsulotomia YAG
<input type="checkbox"/> iridotomia YAG
<input type="checkbox"/> altro</p> |
|---|--|

Esecuzione: o 1 settimana o 1 mese o altro

Osservazioni:

Data: Timbro e firma del richiedente: