



**A.S.L. TO1**

Azienda Sanitaria Locale  
Torino

020 – Richiesta campo visivo computerizzato ASL TO1

**SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA**  
Via San Secondo, 29 - 10128 TORINO  
Tel: 011.5661566 - Fax: 011.5662015

**CLINICA OCULISTICA DELL'UNIVERSITA' DI TORINO**  
**Dir.: Prof. F.M. Grignolo**

SERVIZIO DI PERIMETRIA COMPUTERIZZATA  
1° piano – Tel. 011 566 61 62

**RICHIESTA DI ESAME COMPUTERIZZATO DEL CAMPO VISIVO**  
(da compilarsi a cura dello Specialista richiedente)  
**SCHEDA DI PREPARAZIONE**

Sig. ....  
indirizzo.....Tel.....

ODV (p.l.)	:	sf.	cyl.	ax.	=
(p.v.)	:	sf.	cyl.	ax.	=
OSV (p.l.)	:	sf.	cyl.	ax.	=
(p.v.)	:	sf.	cyl.	ax.	=

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA: .....

DATI ANAMNESTICI + TERAPIA IN ATTO (generale e/o locale) .....

**IMPORTANTE:** i Sigg. Pazienti sono pregati di portare con sé al momento dell'esame eventuali campi visivi eseguiti in precedenza.

**In caso di disdetta telefonare al n° 840705007**