

CLINICA OCULISTICA dell'UNIVERSITA' di TORINO

Direttore: Prof. F.M. Grignolo

Ospedale Oftalmico – Via juvarra 19 TORINO Tel. 011 519047

RICHIESTA DI ESAME ECOGRAFICO

Sig. Data/...../.....

indirizzo..... Telefono

Età Anno del 1° ricovero

UBM – segmento anteriore
Massima profondità d'immagine: 5 mm

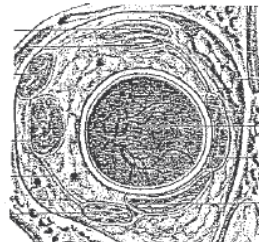
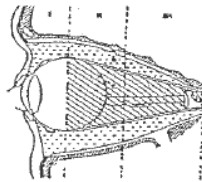
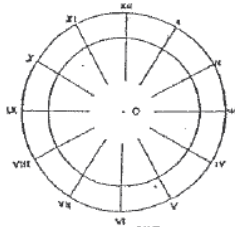


USF

fondo

N.O.

orbita



DIAGNOSI OD:
 OS:

VISUS OD:
 OS:

QUESITO CLINICO (con esatta o presunta localizzazione della sospetta patologia disegnata sul diagramma)

.....
.....
.....

FIRMA: