

RICHIESTA ESAME FOTOGRAFICO

(da compilarsi a cura del medico oculista richiedente)

Il paziente Sig.

abitante a: Via

Telefono:deve presentarsi all'ora indicata in:

Midriasi medicamentosa per fotografia del fondo

Firma del Paziente per consenso ad esame con mezzo di contrasto

Firma del Medico Oculista richiedente

<p>ESAME RICHIESTO:</p> <p>Documentazione: annessi <input type="checkbox"/></p> <p> seg. ant. <input type="checkbox"/></p> <p> fondo <input type="checkbox"/></p> <p>Fluoroangiografia: seg. ant. <input type="checkbox"/></p> <p> fondo <input type="checkbox"/></p> <p>Visus: OD...../..... con..... ODT=..... mmHg</p> <p> OS...../..... con..... OST=..... mmHg</p> <p>Diagnosi: OD.....</p> <p> OS.....</p> <p>Quesito clinico</p> <p>.....</p> <p>Fasi precoci: <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OS</p>	<p>DA COMPILARE DAL RICHIEDENTE</p>	<p>MEMORIA PER IL CENTRO</p>
---	-------------------------------------	------------------------------

SCHEMA DELLA LESIONE



<p>N. busta Posiz. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Da eseguirsi ilore.....</p> <p>Provenienza</p>	<p>Parte da compilare da parte del centro</p>
<p>L'esame richiesto per il Sig.</p> <p>sarà eseguito ilore.....</p>	<p>Memoria per il paziente</p>