



**A.S.L. TO1**

Azienda Sanitaria Locale  
Torino

030 – Richiesta esami elettrofisiologici ASL TO1

**SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA**

Via San Secondo, 29 - 10128 TORINO

Tel: 011.5661566 - Fax: 011.5662015

MODULO DI RICHIESTA DI ESAMI ELETTROFISIOLOGICI

**SCHEDA DI PREPARAZIONE**

NOME DEL PAZIENTE: .....

INDIRIZZO: ..... TEL: .....

MEDICO RICHIEDENTE: .....

ESAME RICHIESTO: .....

Note cliniche:

- ODV ..... cc..... ODF .....

- OSV ..... cc..... OSF .....

- CAMPO VISIVO            -normale            -alterato

*(in caso di alterazioni campimetriche si invita ad allegare schema del C.V.)*

- QUESITO DIAGNOSTICO .....

.....  
.....

- DIAGNOSI PRESUNTA .....

.....  
.....

- ESISTONO CONTROINDICAZIONI ALL'USO DEI MIDRIATICI?

SI'

NO

Torino, li .....

***DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO OCULISTA***

L'esame richiesto per il Sig. ....

Sarà eseguito il ..... ore .....

In caso di disdetta telefonare al n° 840705007