



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**  
**REGIONE PIEMONTE**  
**Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"**  
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94  
Codice Fiscale/Partita Iva 11632570013  
Sede legale provvisoria:  
c.so Svizzera, 164 – 10149 Torino  
☎ 011/4393111



037 – Richiesta esame perimetrico ASL TO1

**A.S.L. TO2**  
**Azienda Sanitaria Locale**  
**Torino**

**OSPEDALE OFTALMICO**  
**DIPARTIMENTO MALATTIE OCULISTICHE**  
**(Direttore: Dott. Savino D'Amelio)**  
**RICHIESTA DI ESAME PERIMETRICO**

Sig..... Data.....

- 
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> C.V.C. Full-field 81 pt (screening)       | <input type="checkbox"/> C.V.C. 10-2 soglia macula |
| <input type="checkbox"/> C.V.C. Full-field 120 pt (screening)      | <input type="checkbox"/> C.V.C. % residuo          |
| <input type="checkbox"/> C.V.C. 30-2 soglia                        | <input type="checkbox"/> C.V.C. 24-2 soglia        |
| <input type="checkbox"/> C.V.C. Esterman (binoculare o monoculare) |  |
- 

ODV: PL .....(correzione: PV .....)

OSV: PL .....(correzione: PV .....)

Diagnosi presunta:

.....  
.....

Quesito diagnostico:

.....  
.....

**PORTARE IMPEGNATIVA MUTUALISTICA**

- Portare questa richiesta interamente compilata dal Medico Oculista richiedente.
- Portare eventuali esami perimetrici precedenti.
- Portare i propri occhiali di lettura.

**In caso contrario verrà eseguito C.V.C. screening full-field 81pt che fornirà informazioni generali sullo stato retinico e la refertazione dell'esame non potrà essere dettagliata.**





**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**  
**REGIONE PIEMONTE**  
**Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"**  
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94  
Codice Fiscale/Partita Iva 11632570013  
Sede legale provvisoria:  
c.so Svizzera, 164 – 10149 Torino  
☎ 011/4393111



037 – Richiesta esame perimetrico ASL TO1

**A.S.L. TO2**  
*Azienda Sanitaria Locale  
Torino*

**Timbro e firma del medico oculista**