

Torino, _____

MODULO DI RICHIESTA ESAME:

- OCT ()
- MICROPERIMETRIA - ESAME FISSAZIONE ()
- MICROPERIMETRIA () specificare quesito

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE _____

INDIRIZZO _____ TEL.(necessario) _____

MEDICO RICHIEDENTE _____

NOTE CLINICHE

- ODV: _____ (correzione: _____)
- OSV: _____ (correzione: _____)
- ALTERAZIONI DEL FILM LACRIMALE O DELLA TRASPARENZA DEI MEZZI DIOTTRICI?

-
- PREGRESSI INTERVENTI CHIRURGICI OCULARI: _____
 - DIAGNOSI PRESUNTA: _____
 - QUESITO DIAGNOSTICO: (in caso di esame micro-perimetrico si prega di specificare con chiarezza le aree retiniche che si desidera esaminare)
-

-
- ESISTONO CONTROINDICAZIONI ALL'USO DI MIDIATRICI? SI () – NO ()
-

- **SI PREGA IL PAZIENTE DI PORTARE CON SE' OCT O FAG ESEGUITI IN PRECEDENZA**

- **RICHIESTA DEL MEDICO CHE SPECIFICHI L'ESAME DA ESEGUIRE.**