

SCHEDA PRENOTAZIONE I.I.V. (iniezioni intra-vitreali) per SOC Oculistica Alba

Sig./Sig.ra: _____

Data di nascita: _____ Residenza: _____

- Diagnosi:** Degenerazione maculare neovascolare essudativa correlata all'età
- Edema maculare diabetico
 - Edema maculare secondario ad occlusione vascolare retinica
 - Maculopatia miopica
 - altro _____

OD **OS**

Dati clinici necessari:

- Visus OD: _____ Tono OD: _____
- Visus OS: _____ Tono OS: _____

- Spessore centrale retinico: _____
- Fluido sottoretinico: presente assente discutibile
- Emorragia: presente assente
- Leakeage: presente assente

Precedenti iniezioni (specificare occhio, numero e date)

Necessita di I.I.V. di :

- RANIBIZUMAB (singola o ciclo 3 IIV)**
- VITREAL**
- OZURDEX**

Medico prescrittore (timbro e firma)

*(Gentile collega, in assenza di tutti i dati sopra indicati nel nostro modulo, o in alternativa di foglio di ricettario che contenga **tutti** i medesimi dati, l'esame non potrà essere né prenotato né eseguito e il paziente sarà rimandato al prescrittore per il completamento)*