

Sig. _____
Data di nascita _____ **Residenza** _____

Diagnosi o sospetto diagnostico:

- Degenerazione maculare neovascolare essudativa
 - Edema maculare (diabetico, secondario ad altra patologia)
 - Maculopatia miopica
 - Altro sospetto diagnostico che giustifichi l'esecuzione dell'esame (specificare. La dizione "controllo" senza indicazioni specifiche non può essere accettata in quanto troppo generica)
-

Dati anamnestici richiesti:

- SI NO il paziente riferisce calo visivo recente ?
- SI NO il paziente riferisce metamorfopsie ?
- SI NO il paziente ha già eseguito questo esame ?
- SI NO il paziente è già stato sottoposto a terapia con iniezioni Intravitreali?
- SI NO il paziente è stato precedentemente sottoposto a chirurgia oculare? Quale intervento? _____

Altri dati utili ad una corretta interpretazione dell'esame (specificare) _____

Esame da eseguire in OD OS

IN CASO DI RICHIESTA DI ESAME URGENTE:

Specificare dettagliatamente il sospetto clinico-diagnostico che motiva la richiesta in regime di urgenza: _____

Dati clinici richiesti:

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

Il 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)*