

**OSPEDALE OFTALMICO -Ambulatorio Maculopatie**  
**Via Juvarra 19 – Torino (ambulatorio.macula@ascittaditorino.it)**

<b>COGNOME E NOME</b>	
<b>DATA E LUOGO DI NASCITA</b>	
<b>TELEFONO</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>	
<b>ESENZIONI</b>	

<b>PATOLOGIE SISTEMICHE</b>		
<b>ALLERGIE</b>		
<b>PREGRESSI INTERVENTI CHIRURGICI OCULARI</b>		
<b>TERAPIA TOPICA</b>		
<b>VISUS P.L.</b>	<b>ODV</b> ...../..... Con ..... SF ..... CIL a .....	<b>OSV</b> ...../..... Con ..... SF ..... CIL a .....
<b>VISUS P.V. corretto</b>	<b>ODV</b>	<b>OSV</b>
<b>SEGMENTO ANTERIORE/IOL</b>	<b>OD</b>	<b>OS</b>
<b>FUNDUS/ DIAGNOSI</b>	<b>OD</b>	<b>OS</b>
<b>TONOMETRIA</b>	<b>ODT</b>	<b>OST</b>

**Pregresse IVT nell'occhio in trattamento:**

**SI** specificare data e farmaco ultima IVT nell'occhio in trattamento

**NO**

**Non responder**

**Allegato OCT**     **NO**     **SI**    **CRT**\_\_\_\_\_

**Si propone la seguente terapia intravitreale:**

**OD**     **OS**     **Urgente**    **N°**\_\_\_\_\_

**NB: con il presente modulo la Struttura provvederà a prendere in carico il paziente solo per la durata del trattamento proposto ed indicato dallo Specialista Curante inviante.**

Data .....                      Lo Specialista Oculista (firma).....

Mail Paziente..... telefono .....