

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale
“Città di Torino”

PRESIDIO OSPEDALIERO OFTALMICO

Via Juvarra, 19 - Torino

S.C. OCULISTICA
Direttore: Dott. Roberto ORSI

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

- | | |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA A COERENZA
OTTICA (OCT) | <input type="checkbox"/> PENTACAM |
| <input type="checkbox"/> FLUORANGIOGRAFIA | <input type="checkbox"/> OCT VISANTE |
| <input type="checkbox"/> RETINOGRAFIA | <input type="checkbox"/> MICROSCOPIA
ENDOTELIALE |
| <input type="checkbox"/> HRT | <input type="checkbox"/> FOTOGRAFIA DEL
SEGMENTO ANTERIORE |
| <input type="checkbox"/> MICROPERIMETRIA | <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA OCULARE |
| <input type="checkbox"/> PACHIMETRIA | <input type="checkbox"/> UBM |
| <input type="checkbox"/> TOPOGRAFIA CORNEALE | |

COGNOME _____

NOME _____

OCT

ODV:

OSV:

OD	OS
<div><div>-) Spessore maculare centrale</div><div><div><input type="checkbox"/> di norma</div><div><input type="checkbox"/> ridotto</div><div><input type="checkbox"/> aumentato</div></div></div> <div><div>-) Clivus foveale</div><div><div><input type="checkbox"/> assente</div><div><input type="checkbox"/> conservato</div></div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Trazione ialoidea</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Ispessimento ILM</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> ERM (pucker)</div></div> <div><div>-) Foro maculare</div><div><div><input type="checkbox"/> I</div><div><input type="checkbox"/> II</div><div><input type="checkbox"/> III</div><div><input type="checkbox"/> IV</div></div></div> <div><div>-) Fluido</div><div><div><input type="checkbox"/> intraretinico</div><div><input type="checkbox"/> sottoretinico</div></div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Drusen</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Distacco Neuroepitelio</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Distacco Epitelio Pigmentato Retinico</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Atrofia/ Distrofia EPR</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Alterazione strato IS/OS dei fotorecettori</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> CNV</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Altro</div></div>	

-) Spessore maculare centrale

☐ di norma

☐ ridotto

☐ aumentato

-) Clivus foveale

☐ assente

☐ conservato

☐ Trazione ialoidea

☐ Ispessimento ILM

☐ ERM (pucker)

-) Foro maculare

☐ I

☐ II

☐ III

☐ IV

-) Fluido

☐ intraretinico

☐ sottoretinico

☐ Drusen

☐ Distacco Neuroepitelio

☐ Distacco Epitelio Pigmentato Retinico

☐ Atrofia/ Distrofia EPR

☐ Alterazione strato IS/OS dei fotorecettori

☐ CNV

☐ Altro

COMMENTI:

FAG

Autofluorescenza: Normale	Alterata
OD	OS
<div><div>-) Iperfluorescenza</div><div><div><input type="checkbox"/> Regione Maculare</div><div><input type="checkbox"/> Altro</div></div></div> <div><div>-) Ipofluorescenza</div><div><div><input type="checkbox"/> Regione Maculare</div><div><input type="checkbox"/> Altro</div></div></div> <div><div>-) Leakage</div><div><div><input type="checkbox"/> SI</div><div><input type="checkbox"/> NO</div></div></div> <div><div>-) Staining</div><div><div><input type="checkbox"/> SI</div><div><input type="checkbox"/> NO</div></div></div> <div><div>-) PED</div><div><div><input type="checkbox"/> SI</div><div><input type="checkbox"/> NO</div></div></div> <div><div>-) Fibrosi</div><div><div><input type="checkbox"/> SI</div><div><input type="checkbox"/> NO</div></div></div> <div><div>-) Watershed</div><div><div><input type="checkbox"/> SI</div><div><input type="checkbox"/> NO</div><div><input type="checkbox"/> NA</div></div></div> <div><div>-) Edema Maculare</div><div><div><input type="checkbox"/> SI</div><div><input type="checkbox"/> NO</div></div></div> <div><div>-) Atrofia (o PRP)</div><div><div><input type="checkbox"/> SI</div><div><input type="checkbox"/> NO</div></div></div> <div><div>-) Retinopatia Diabetica</div><div><div><input type="checkbox"/> Background</div><div><input type="checkbox"/> Pre-Proliferante</div><div><input type="checkbox"/> Proliferante</div></div></div> <div><div>-) Ischemia</div><div><div><input type="checkbox"/> SI</div><div><input type="checkbox"/> NO</div></div></div>	

-) Iperfluorescenza

☐ Regione Maculare

☐ Altro

-) Ipofluorescenza

☐ Regione Maculare

☐ Altro

-) CNV

☐ SI

☐ NO

☐ NA

-) Iperfluorescenza

☐ Regione Maculare

☐ Altro

-) Ipofluorescenza

☐ Regione Maculare

☐ Altro

-) Leakage

☐ SI

☐ NO

-) Staining

☐ SI

☐ NO

-) PED

☐ SI

☐ NO

-) Fibrosi

☐ SI

☐ NO

-) Watershed

☐ SI

☐ NO

☐ NA

-) Edema Maculare

☐ SI

☐ NO

-) Atrofia (o PRP)

☐ SI

☐ NO

-) Retinopatia Diabetica

☐ Background

☐ Pre-Proliferante

☐ Proliferante

-) Ischemia

☐ SI

☐ NO