Istituto di Neuroscienze cliniche
della Svizzera Italiana
Oftalmologia

Modulo di richiesta di imaging

Data: …../…./…….

Etichetta paziente

Cognome:……..

Nome: ……

Data di nascita: ……

Richiedente (timbro): ……

☐ Preparazione
☐ Visus pre-angio
☐ Dose piena ☐ Metà dose

Quesito diagnostico:

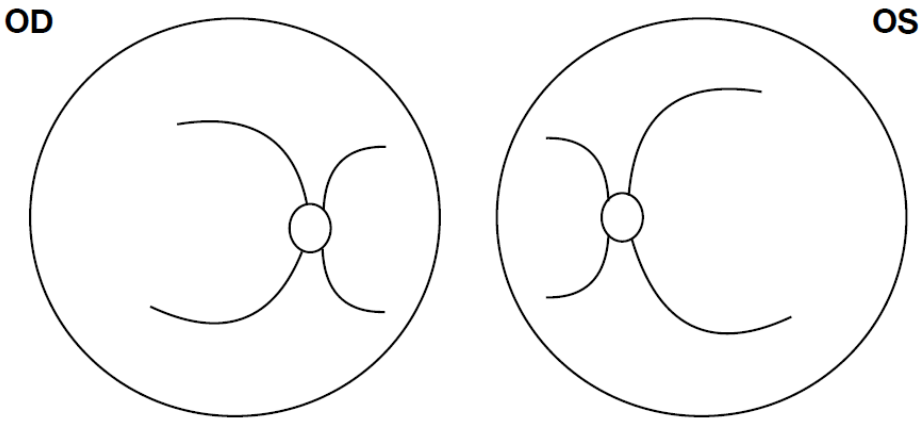
☐ OD .....
☐ OS .....
☐ OU .....

Tipologia di imaging:

- *Optos:* ☐ Foto a colori ☐ Autofluorescenza ☐ FAG ☐ ICG

  Note: .....

- *Heidelberg Spectralis*: ☐ Autofluorescenza ☐ Multicolor
  ☐ FAG (focus polo post) ☐ FAG (settori) ☐ aggiunta ICG
  ☐ OCT Macula ☐ OCTA ☐ OCT papilla ☐ Altro: ……...



Dopo l'acquisizione:

☐ Paziente può essere dimesso, referta .....

☐ Visita con Dr .....

Da inviare a: oftalmologia.lugano@eoc.ch