Istituto di Neuroscienze cliniche
della Svizzera italiana
Oftalmologia

Prenotazione Macula Unit

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ / _____ / _____

Indirizzo completo: _____

_____

Nr. di Telefono: _____

Cassa Malati: _____ Sede: _____

Sesso: ☐ **M** ☐ **F** ☐ **Malattia** ☐ **Infortunio**

DATI CLINICI

Paz. con allergie note: ☐ no ☐ sì, a: _____

Paziente diabetico: ☐ no ☐ sì

INTERVENTO

Medicamento:
☐ EYLEA 2mg ☐ EYLEA HD (8mg)
☐ VABYSMO ☐ LUCENTIS
☐ AFQLIR ☐ OZURDEX
☐ SYFOVRE

Occhio: ☐ OD ☐ OS ☐ BIL

Diagnosi: ☐ DMLE ☐ Trombosi ☐ Retinopatia diabetica ☐ _____

Osservazioni: _____

Preferenza chirurgo: Dr.: _____

☐ **iniezione singola**

☐ **loading (3 iniezioni)**

☐ **+ visita pre-iniezione**

Timbro e firma richiedente: _____ Data: _____

Da inviare a: oftalmologia.lugano@eoc.ch