Istituto di Neuroscienze cliniche
della Svizzera Italiana
Oftalmologia

Richiesta di angiografia retinica

Esame richiesto il: ……

Richiesto da: ……..

Urgente: ☐ Elettivo: ☐ entro ……..…

Tipo di richiesta: solo esame O
esame + referto O

ETICHETTA PAZIENTE / DATI ANAGRAFICI

COGNOME_____

NOME_____

DATA DI NASCITA_____

INDIRIZZO_____

TEL.

Diagnosi:
……

Quesito clinico: ……
……

Visus OD: c.c. …….. Sf …….. cil …….. / ……..° o s.c. ……..

Visus OS: c.c. …….. Sf …….. cil …….. …… / ……..° o s.c. ……..

,.

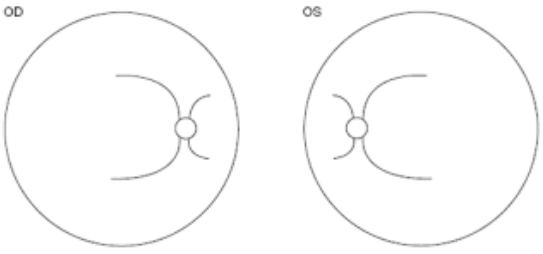
Allergie: ☐ no ☐ sì, ……

ATTENZIONE
In presenza di precedenti reazioni allergiche di qualsiasi origine e gravità, si propone il seguente protocollo di profilassi da eseguire come segue:
2 compresse di LEVOCETIRIZINA 5mg + 1 compressa di PREDNISONE 20 mg
Da assumere sia la sera precedente l'esame alle ore 20.00 che la mattina dell'esame alle ore 07.00

Fluorangiografia ☐ ICG ☐ centrato su OD ☐ OS ☐

Macula ☐ Papilla ☐ Periferia ☐

Altro ☐ ……



Se un trattamento intravitreale con anti-VEGF dovesse essere indicato, desidero che questo venga fatto dal servizio di oftalmologia OIL: ☐ solo la prima iniezione ☐ tutto il trattamento

Invio referto: Dr. med. ……

Tel: …… Email: ……..

Da inviare a: oftalmologia.lugano@eoc.ch