Richiesta di esami diagnostici

Cognome: _____
Nome: _____
Data di nascita: _____
Indirizzo completo: _____
_____
Nr. di Telefono: _____
Sesso: ☐ M ☐ F

Tipo di richiesta esame:
☐ Esame
☐ Esame e referto

☐ Urgente
☐ Elettivo, entro
_____

Dati Clinici

Diagnosi: _____
Quesito clinico: _____
Paziente diabetico: ☐ NO ☐ SI
Paz. MRSA+/ESBLE: ☐ NO ☐ SI
Paz. con allergie note: ☐ NO ☐ SI a: _____

Esame richiesto

Biometria: ☐ Occhio destro ☐ Occhio sinistro
Campo visivo: ☐ Occhio destro ☐ Occhio sinistro
Tipologia (G2/maculare/…): .....
Ecografia ○ A ○ B: ☐ Occhio destro ☐ Occhio sinistro
UBM: ☐ Occhio destro ☐ Occhio sinistro
Foto fondo colori: ☐ Occhio destro ☐ Occhio sinistro
Centrato su .....
Fotografia segmento anteriore: ☐ Occhio destro ☐ Occhio sinistro
OCT: ☐ Occhio destro ☐ Occhio sinistro
Centrato su .....
Test Colori: ☐ Occhio destro ☐ Occhio sinistro
Ishihara o Farnsworth test 28 Hue .....
Test lacrimazione Schirmer ○ I ○ II ☐ Occhio destro ☐ Occhio sinistro
Topografia (Pentacam): ☐ Occhio destro ☐ Occhio sinistro
Visita Ortottica: ☐

Altro:

Timbro e firma richiedente: _____ Data: _____

Da inviare a: oftalmologia.lugano@eoc.ch