Richiesta screening retinopatia diabetica

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo completo: _____

_____

Nr. di Telefono: _____

Sesso: ☐ M ☐ F

Dati Clinici

Diagnosi: _____

_____

Tipo di diabete: ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Altro _____

Terapia: ☐ Insulina ☐ Antidiabetici orali

HbA1c (ultimo valore): _____ % del: _____

Ipertensione arteriosa: ☐ NO ☐ SI

Se sì, trattata: ☐ NO ☐ SI

Allergie note: ☐ NO ☐ SI a: _____

Altre comorbidità: _____

_____

_____

Timbro e firma richiedente: _____ Data: _____

Da inviare a: oftalmologia.lugano@eoc.ch