

ISCRIZIONE CONTROLLO DEGLI OCCHI PER PAZIENTI CON IL DIABETE

DATI PERSONALI DEL PAZIENTE

Cognome

Nome

Via/n.

NPA/luogo

N. AVS

Data di nasc.

Sesso

Telefono

Telefono

E-mail

Datore di lavoro

Cassa malattia

OFTALMOLOGO

GLN

RCC

E-mail

N. membro

Modello medico di famiglia

DATI MEDICO GENERALISTA / MEDICO DI FAMIGLIA / DIABETOLOGO

Primo trasferimento

Informazioni sul decorso

Motivo dell'invio

Diabete tipo

Data della prima diagnosi

Trattamento

Antidiabetici orali

Insulina, da

Altro

Referto

HbA1c

Pressione sanguigna

Calo della vista

No

Soggettivo

Oggettivo

Diagnosi secondarie

Ipertensione

Dislipidemia

Coronaropatia/arteriopatia periferica/accidente cerebrale vascolare

Danni endorganici esistenti

Altro

Osservazioni/Modifiche dall'ultima visita

La preghiamo di invitare la/il paziente Firma del medico a una visita oculistica di controllo.

MEDICO RICHIEDENTE

Tel.

Fax

GLN

RCC

E-mail

Firma

(non necessaria in caso di invio elettronico)

Data

TRASMISSIONE ELETTRONICA