

REFERTO DI 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

DESTINATARIO

GLN

RCC

E-mail

DATI OFTALMOLOGO

Primo controllo oculistico

Controllo successivo, informazioni sul decorso

Referto/Diagnosi

Assenza di retinopatia diabetica

Retinopatia da lieve a moderata

Retinopatia grave non proliferativa

Retinopatia diabetica proliferativa

Edema maculare diabetico

Visus (corretto) **D**
S

Visus (corretto) **D**
all'ultimo controllo **S**

Pressione **D**
(normale 10–21 mmHg) **S**

Ulteriore procedura

Terapia

D **S**

Controlli clinici

Iniezioni anti-VEGF

Steroidi intravitreali

Trattamento con laser

Trattamento chirurgico

Intervalli di controllo 3 mesi 6 mesi 12 mesi

Il paziente ha appuntamento da noi il

Il/La paziente è stato/a rinviato/a a
(Modello medico di famiglia: restituire al medico di famiglia)

La preghiamo di contattarci

Il/La paziente non ci ha contattato e/o non si è presentato/a all'appuntamento.
Si prega di contattarlo/la.

Osservazioni/Modifiche
dall'ultima visita

OFTALMOLOGO

Tel.

Fax

GLN

RCC

E-mail

Firma (non necessaria in caso di invio elettronico)

Data

TRASMISSIONE ELETTRONICA