

**DATI CLINICI LUCENTIS**
**I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.**

	Data valutazione*	___/___/___ gg/mm/aaaa
(E)	Diagnosi*	Degenerazione maculare neovascolare attiva Degenerazione maculare secca e/o cicatriziale
	Occhio*	Destro (OD) Sinistro (OS)
	Il paziente è stato già trattato con Lucentis? *	Sì No

**Se sì:**

	n° di iniezioni effettuate	_____
	Data della prima somministrazione	___/___/___ gg/mm/aaaa
	Valutazione complessiva del medico dello stato della malattia dopo 3 somministrazioni	Migliorato Stabile Peggiorato
(E)	Precedenti iniezioni intravitreali con altri inibitori della neovascolarizzazione? *	Sì No
(E)	Terapie in corso con agenti anti-VEGF sistemici o oculari*	Sì No

**Acuità Visiva**

	Data*	___/___/___ gg/mm/aaaa	(E)	Acuità visiva con la migliore correzione*	_____ /10
--	-------	------------------------	-----	---	-----------

**OCT**

	Data	___/___/___ gg/mm/aaaa			
	Spessore retinico centrale*	_____ µm		Fluido sotto retinico*	Assente Presente discutibile

**FA**

	Data*	___/___/___ gg/mm/aaaa		Area della lesione*	_____ mm <sup>2</sup>
	Emorragia sottoretinica / intraretinica*	Assente Presente discutibile		Leakage*	Migliorato Stabile Peggiorato