

RIVALUTAZIONE LUCENTIS
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Data valutazione*	___/___/___ gg/mm/aaaa
Pressione intraoculare*	_____ mmHg
Rottura retinica*	Si No
Intervento intraoculare effettuato o pianificato entro i precedenti o i successivi 28 giorni dalla data di rivalutazione*	Si No

Acuità Visiva

Data*	___/___/___ gg/mm/aaaa	Occhio trattato	Destro (OD) Sinistro (OS)
Acuità visiva con la migliore correzione alla valutazione precedente*	_____/10	Acuità visiva con la migliore correzione*	_____/10

OCT

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

FA

Data*	___/___/___ gg/mm/aaaa		
Area della lesione alla valutazione precedente*	_____ mm ²	Area della lesione*	_____ mm ²
Emorragia sottoretinica / intraretinica*	Assente Presente discutibile	Estensione dell'emorragia*	_____ %
Leakage*	Migliorato Stabile Peggiorato		
Valutazione complessiva del medico dello stato della malattia*	Migliorato Stabile Peggiorato		