



## SKIEROWANIE NA BADANIE OCT

.....  
 Imię i nazwisko pacjenta ..... Data urodzenia .....

Diagnoza .....

**Proszę o wykonanie badania OCT:**

### Cel badania

.....  
 .....  
 .....

Badanie z opisem

Badanie bez opisu

Moduł „Jaskra”  
 (HRT + GDx, GCC pomiar i ocena warstw komórek zwojowych)

Z rozszerzeniem źrenic\* TAK  NIE

Moduł „Siatkówka / Plamka”

Z rozszerzeniem źrenic\* TAK  NIE

Moduł „Rogówka i przedni odcinek”

Pachymetria OCT (mapa pachymetryczna)

\* Rozszerzenie źrenic konieczne w sytuacji zmniejszonej przejrzystości mediów.

\* Pacjent zgłasza się na badanie OCT 20 minut przed zaplanowaną godziną badania.

\* Pacjenci, u których wskazane jest rozszerzenie źrenic, poruszający się samochodem, powinni zadbać o towarzystwo drugiego kierowcy lub skorzystać z komunikacji miejskiej.

.....  
 Data wydania skierowania

### Wywiad:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

### Badanie przedmiotowe:

.....  
 .....  
 .....

### Obraz dna oka:

.....  
 .....  
 .....

### Krótki opis wykonanych badań lub oryginały / kopie wyników do wglądu (angiografia, perymetria, fotografie dna oka, GDx, HRT lub inne)

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....