

MEDICAMENTOS OFTALMOLÓGICOS INTRAVÍTREO				ÚNICO	
Nombre y apellido:			Fecha nac. / /		
Diag. CIE10:					
Fecha inicio enfermedad / /			Ojo a tratar	D	I
Agudeza vis.	OD	/10	Presión intraocular	OD	mmHg
	OI	/10		OI	mmHg
Informe biomicroscopía					
OD					
OI					
En caso de uveitis, descartar causas infecciosas (sífilis, HIV, toxoplasmosis, toxocariasis, TBC) Adjuntar protocolo de los respectivos estudios complementarios.					
Informe fondo de ojo detalladamente					
OD					
OI					
Comorbilidades (marcar con una cruz el dato positivo)					
Diabetes		HBA1C	mg%	(adjuntar protocolo)	
Glaucoma		Tipo:			
Adjuntar OCT macular en COLOR del ojo a tratar (original, no fotocopia, con una antigüedad no mayor a 30 días), conteniendo todos los cortes, con grilla macular (debidamente identificada por afiliado y fechada), tanto al inicio como ante cada renovación.					
En caso de prórroga llenar el formulario de consumo de oftalmológicos intravítreo, disponible en la Intranet.					
Lugar y fecha					
Firma y sello oftalmólogo					