



VOTRE OPHTALMOLOGUE AU COEUR DE VEVEY

Dr Daniele ROSSI, MD-PhD, FEBO
Spécialiste FMH en Ophtalmologie &
Chirurgie Ophtalmologique
GLN : 76010008022934

Cabinet VEVEYE
Rue des Moulins 1 - 1er étage
CH-1800 Vevey | 021 925 21 21
secretariat@cabinet-rossi.ch

DEMANDE D'EXAMEN ANGIOGRAPHIQUE

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

TÉLÉPHONE :

ASSURANCE :

MOBILE :

N° ASSURÉ :

N° DE CADA :

ADRESSE :

N° AVS :

CP :

VILLE :

Examen prévu à :

CLINIQUE CIC

Rue du Grammont 2, 1815 Clarens

Date de l'examen :

Heure d'entrée :

Examen demandé :

☐ Angiographie Fluorescéinique

☐ Angiographie ICG

☐ Photos couleurs

Clichés précoces sur

☐ l'oeil droit

☐ l'oeil gauche

Clichés souhaités

☐ sur papier

☐ support numérique

Examen clinique

☐ Oui

☐ Non

Contexte allergique connu

☐ Non

☐ Oui

Si oui : _____

Dilatation normale possible

☐ Non

☐ Oui

Diagnostic présumé | Renseignements cliniques | Questions :

Prise en charge du traitement, si indiqué : Oui ☐ Non ☐

Copie du rapport au Dr _____

Date :

Nom ou sceau du médecin :