



VOTRE OPHTALMOLOGUE AU COEUR DE VEVEY

**Dr Daniele ROSSI, MD-PhD, FEBO**

Spécialiste FMH en Ophtalmologie &  
Chirurgie Ophtalmologique  
GLN : 76010008022934

**Cabinet VEV EYE**

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  
Clichés souhaités  
Examen clinique

l'œil droit  
 sur papier  
 Oui

l'œil gauche  
 support numérique  
 Non

Contexte allergique connu  
Dilatation normale possible

Non  
 Non

Oui      Si oui : \_\_\_\_\_  
 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 :