

VISITA OCULISTICA
Con indagine ergonomica per videoterminalisti secondo il protocollo F.O.VE.A.

Cognome e nome: _____ nato/a a: _____ il _____

Resid. a: _____

Azienda: _____ Medico competente _____ Data visita _____

ANAMNESI ERGOFTALMOLOGICA

Porta lenti correttive? Si No *Da quanti anni?:* _____

Monofocali Bifocali Progressive Corneali:

Lenti in uso pl: OD: _____ sf _____ cil.a _____ OS: _____ sf _____ cil.a _____

Lenti in uso pv: OD: _____ sf _____ cil.a _____ OS: _____ sf _____ cil.a _____

Utilizza queste lenti durante il lavoro al VDT?: Sempre: Saltuariamente: Mai:

Solo per leggere al VDT: Solo per leggere su carta: Per entrambi i precedenti:

E' stato o è affetto da malattie oculari? Si No

Se si quali?: _____

Terapie oculari in atto? No: Si:

Se si quali?: _____

Presenza di disturbi dopo attività prolungata al VDT? Si: No:

- | | | |
|--|--|---|
| 1) Cefalea: <input type="checkbox"/> | 2) Pesantezza Palpebrale: <input type="checkbox"/> | 3) Bruciore e/o Rossore: <input type="checkbox"/> |
| 4) Iperlacrimazione <input type="checkbox"/> | 5) Senso di occhio secco: <input type="checkbox"/> | 6) Fastidio alla luce <input type="checkbox"/> |
| 7) Disturbi visivi: <input type="checkbox"/> | Altri disturbi: _____ | |

ESAME DELLA REFRAZIONE PER LONTANO E PER VICINO

PER LONTANO:

Visus naturale: Con corr. in uso Con miglior corr. Miglior correzione

OD: ____/____ OD: ____/____ OD: ____/____ OD: _____ sf _____ cil.a _____

OS: ____/____ OS: ____/____ OS: ____/____ OS: _____ sf _____ cil.a _____

PER VICINO: (a 50cm.)

Visus naturale: Con corr. in uso Con miglior corr. Miglior correzione

OD: ____/____ OD: ____/____ OD: ____/____ OD: _____ sf _____ cil.a _____

OS: ____/____ OS: ____/____ OS: ____/____ OS: _____ sf _____ cil.a _____

VALUTAZIONE ORTOTTICA E FUNZIONALE

Cover Test per lontano (con correzione):

Ortoforia
Exoforia Esoforia:
Exotropia Esotropia:
Altre : _____

Cover Test per vicino (con correzione):

Ortoforia:
Exoforia: d.p. Esoforia: d.p.
Exotropia: d.p. Esotropia: d.p.

Test della STEREOPSI:

Completa: Presente: Assente:

Punto Prossimo di Converggenza muscolare:

Inferiore a 15 cm.: (nella norma) Superiore a 15 cm.: (deficit)

Test del Senso Cromatico:

Normale: Discromatopsia: _____

ESAME OBIETTIVO OCULARE:

Annessi e Segmento Anteriore:

Reperto negativo: Altro Reperto:

Film Lacr. B.U.T.: nella norma: (> di 10") (insuff.): (< a 10"): note: _____

Segmento Posteriore e Fondo Oculare (polo posteriore):

Reperto negativo: Altro Reperto:

Tonometria:

OD: _____ mmHg. OS: _____ mmHg.

CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE: _____

CONSIGLI E PRESCRIZIONI: _____

AFFATICAMENTO PREVEDIBILE NEL LAVORO CON VDT

(in base alla situazione refrattiva e clinica e nelle condizioni ergoftalmologiche ambientali come previsto dalle normative vigenti)

A) Nella norma:

Naturale:

Con correzione:

B) Superiore alla norma:

Limitabile con: _____

Non limitabile:

Firma dell'oculista _____