



# Esame della vista

(da compilare da un medico specialista in oftalmologia)

**1. Generalità del/la candidato/a**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**2. Visione binoculare**

normale  diplopia

Osservazioni: \_\_\_\_\_

**3. Visione stereoscopica**

normale  anormale

Osservazioni: \_\_\_\_\_

**4. Visione dei colori**

normale  anormale

In caso di visione dei colori anormale si chiede di effettuare il test Farnsworth Panel D 15 e di indicare l'eventuale presenza di:

- |                                       |                                                       |                                               |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Protanopia   | <input type="checkbox"/> Protanomalia significativa   | <input type="checkbox"/> Protanomalia lieve   |
| <input type="checkbox"/> Deuteranopia | <input type="checkbox"/> Deuteranomalia significativa | <input type="checkbox"/> Deuteranomalia lieve |
| <input type="checkbox"/> Tritanopia   | <input type="checkbox"/> Tritanomalia significativa   | <input type="checkbox"/> Tritanomalia lieve   |

Osservazioni: \_\_\_\_\_

**5. Campo visivo**

orizzontale 160°  meno di 160°

**6. Acuità visiva non corretta (marcare il valore esatto)**

destro	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sinistro	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osservazioni \_\_\_\_\_

**7. Acuità visiva corretta con occhiali / lenti a contatto (marcare il valore esatto)**

destro	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sinistro	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osservazioni \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Timbro e firma del Medico specialista**