

## VISITA OCULISTICA

Signor/Signora ....., nato a ....., il .....,  
all'esame obiettivo odierno presenta:

	OD	OS
▪ VISUS NATURALE	.....	.....
▪ VISUS CORRETTO	.....	.....
▪ GRADO DI REFRAZIONE <sup>(1)</sup>	.....	.....
▪ VISIONE NOTTURNA	.....	.....
▪ CAMPO VISIVO	.....	.....
▪ SENSO CROMATICO	.....	.....
▪ MOTILITA' OCULARE <sup>(2)</sup>	.....	.....
▪ FUNDUS OCULI	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
▪ MALATTIE DEGLI OCCHI <sup>(3)</sup>	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
▪ PREGRESSI INTERVENTI	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

Firma dello Specialista

\_\_\_\_\_..

Data

<sup>1</sup> Indicare se corregge con lenti tradizionali e/o a contatto e se portatore di lenti artificiali endoculari.

<sup>2</sup> Indicare ogni deficit, eventuale diplopia, nistagmo, che incidano significativamente sull'acuità precisando se esiste visione binoculare.

<sup>3</sup> Descrivere dettagliatamente l'eventuale progressività o la stabilità della patologia e la sua incidenza sull'acuità visiva.