

Sig. _____

Data di nascita _____

Azienda _____

Data _____

ESAME ERGOFTALMOLOGICO

Mansione: Impiegato/a Altro: _____

Note Anamnestiche

Da quanto tempo lavora al VDT? _____ > 20 anni

Mediamente quante ore giornaliere lavora al VDT _____ meno di 2 tra 2 e 4 oltre 4

Lamenta disturbi oculari/visivi relativi all'uso del VDT no si

Se si quali:

Sensazione di stanchezza oculare no si

Sensazione di pesantezza oculare no si

Lacrimazione eccessiva no si

Fotofobia no si

Visione sfuocata / riduzione qualità visiva no si lontano vicino

Visione sdoppiata no si

Cefalea no si

Altro: _____

In passato ha sofferto di disturbi oculari no si

Se si quali: _____

Operazioni oculari Cataratta

Vitreo/retinica

Chirurgia laser refrattiva per: Miopia

Astigmatismo

Ipermetropia

Altro: _____

Vizio refrattivo

Emmetropia

Miopia

Ipermetropia

Astigmatismo

Presbiopia

Visus lontano Nat. CC OD OSVisus vicino Nat. CC OD OSLa correzione in uso è adeguata no si non presenteSi consiglia nuova correzione per lontano per vicino a permanenzaSenso cromatico normale discromatopsiaCongiuntiva normale iperemica altro:Cornea trasparente gerontoxon altro:Cristallino (zona centrale) trasparente altro:Fondo oculare (polo posteriore) normale OD OS accentuazione dell'escavazione papillare OD OS segni di angiosclerosi OD OS altro:Tono oculare digitalmente buono OD OS digitalmente elevato OD OSMotilità oculare nella normaCover test L/V ortotropia ortoforia esoforia exoforia

Eteroforia a 40 cm metodo Von Graefe

Fusione presente convergenza buona suff. scarsaStereopsi al RDT presente no si altro:

Conclusioni

In base alla mansione, all'anamnesi e al quadro visivo odierno:

idoneo senza prescrizioni

idoneo con prescrizione di controllo con frequenza ravvicinata

idoneo con prescrizione di limitazione temporale dell'utilizzo di VDT/PC

altro:

Gli specialisti