

Sig. _____

Data di nascita _____

Azienda _____

Data _____

ESAME ERGOFTALMOLOGICO

(originale per il medico competente)

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 OS

Visus vicino Nat. CC OD OS

La correzione in uso è adeguata no si non presente

Si consiglia nuova correzione per lontano per vicino a permanenza

Senso cromatico normale discromatopsia

Congiuntiva 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 OS

Motilità oculare nella norma

Cover test L/V ortotropia ortoforia esoforia exoforia

Eteroforia a 40 cm metodo Von Graefe

Fusione presente convergenza buona suff. scarsa

Stereopsi 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