



QUESTIONARIO PER VIDEOTERMINALISTI

Quanti anni ha? _____

Che tipo di lavoro svolge? _____

Quante ore al giorno utilizza il computer? _____

Quante ore alla settimana utilizza il computer? _____

Utilizza occhiali per lontano? Si No

Utilizza occhiali per la lettura? Si No

Utilizza occhiali per la visione intermedia (50 cm)? Si No

Prova disagio alla luce?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Vede annebbiato durante il lavoro?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Ha una visione sfuocata da lontano dopo il lavoro?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Vede doppio durante il lavoro?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Vede aloni colorati?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Ha la tendenza a socchiudere frequentemente gli occhi?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Ha la sensazione di un corpo estraneo o di sabbia negli occhi?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Ha un'eccessiva lacrimazione?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Ha prurito agli occhi e intorno agli occhi?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Ha bruciore agli occhi durante e dopo il lavoro?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Ha gli occhi arrossati al termine del lavoro?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Prova dolore intorno alle orbite?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Ha una sensazione di pesantezza degli occhi?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Soffre di cefalea durante e/o dopo il lavoro?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Ha la nausea?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Prova una stanchezza generale?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Ha le vertigini?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana
Ha difficoltà a digerire?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/2 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 3/4 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> > 4 volte alla settimana

NOTE _____

Dott.ssa Elisabetta Luschi

Ortottista ed Assistente in Oftalmologia

349/5010778 @ elisabetta.luschi@gmail.com