



Dott.ssa Elisabetta Luschi

ORTOTTISTA ed ASSISTENTE IN OFTALMOLOGIA

QUESTIONARIO SCREENING ORTOTTICO

ANAMNESI FAMILIARE

- | | | | | |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|
| Tra i familiari ci sono forme di strabismo? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Dove si storce l'occhio? | <input type="checkbox"/> | Verso il naso | <input type="checkbox"/> | Verso la tempia |
| Ambliopia ("occhio pigro")? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Vizi di refrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo)?
Quali? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |

ANAMNESI DEL BAMBINO

- | | | | | |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|
| Il bambino è nato a termine? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Com'è avvenuto il parto? | <input type="checkbox"/> | Naturale | <input type="checkbox"/> | Taglio cesareo |
| Sviluppo del bambino? | <input type="checkbox"/> | Normale | <input type="checkbox"/> | Patologico |
| Crisi convulsive? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Febbri elevate? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| È mai stata effettuata una visita oculistica?
Quando è stata effettuata? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Sono stati prescritti occhiali? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Avete notato che il bambino tende a storcere un occhio?
Quale occhio storce maggiormente? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Dove storce l'occhio? | <input type="checkbox"/> | Destro | <input type="checkbox"/> | Sinistro |
| Tiene spesso la testa inclinata o ruotata? | <input type="checkbox"/> | Verso il naso | <input type="checkbox"/> | Verso la tempia |
| Ha sempre gli occhi arrossati la sera? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Chiude un occhio solo al sole o davanti ad una forte luce? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Lacrima troppo? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Si strofina spesso gli occhi? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Avvicina troppo al viso gli oggetti? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Guarda la TV molto vicino allo schermo? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |

NOTE

Dott.ssa Elisabetta Luschi

Ortottista ed Assistente in Oftalmologia

☎ 349/5010778 @ elisabetta.luschi@gmail.com