## Esame della vista

(da compilare da un medico specialista in **oftalmologia**)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Generalità del/la candidato/a** | | |  |  | | |
|  | | Cognome |  | Nome |  | Data di nascita |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **Visione binoculare** | |  | | | | |
|  | normale | | diplopia | | | | |
|  |  | | Osservazioni: | | | | |
| **3.** | **Visione stereoscopica** | |  | | | | |
|  | normale | | anormale | | | | |
|  |  | | Osservazioni: | | | | |
| **4.** | **Visione dei colori** | |  | | | | |
|  | normale | | anormale  **In caso di visione dei colori anormale si chiede di effettuare il test Farnsworth Panel D 15 e di indicare l’eventuale presenza di:** | | | | |
|  |  | | Protanopia  Deuteranopia  Tritanopia | Protanomalia significativa  Deuteranomalia significativa  Tritanomalia significativa | | Protanomalia lieve  Deuteranomalia lieve  Tritanomalia lieve | |
|  |  | | Osservazioni: | | | | |
| **5.** | **Campo visivo** | |  | | | | |
|  | orizzontale 160° | | meno di 160° | | | | |
| **6.** | **Acuità visiva non corretta** (marcare il valore esatto) | | | |  | | |
| destro | 0,0 0.1 0,2 0,3 0,4 0,5 0,6 0,7 0,8 0,9 1,0 | | | | | |
|  | | | | | |
| sinistro | 0,0 0.1 0,2 0,3 0,4 0,5 0,6 0,7 0,8 0,9 1,0 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | Osservazioni | | | | | | |
| **7.** | **Acuità visiva corretta con occhiali / lenti a contatto** (marcare il valore esatto) | | | | | |  |
| destro | 0,0 0.1 0,2 0,3 0,4 0,5 0,6 0,7 0,8 0,9 1,0 | | | | | |
|  | | | | | |
| sinistro | 0,0 0.1 0,2 0,3 0,4 0,5 0,6 0,7 0,8 0,9 1,0 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | Osservazioni | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data |  | **Timbro** e firma del Medico specialista |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Riservato alla Polizia cantonale** | | |
| Eventuale preavviso da parte del Medico del personale dell’Amministrazione cantonale | | |
| favorevole | | negativo |
| Luogo e data |  | Timbro e firma del Medico del personale |