

CERTIFICATO OCULISTICO per la CML ASL 02

CognomeNome.....

nato/a a.....il.....**PRESENTA i seguenti requisiti visivi**(previsti ai sensi del decreto leg.vo 18.04.2011 n. 59) - **DEVONO ESSERE INDICATI TUTTI** -

DIAGNOSI:.....

Visus OD natcorrettocon lente.....

Visus OS natcorrettocon lente.....

1.campo visivo

a.binoculare per patenti gruppo I (AM, A, A1, A2, B1, B, BE)

Meridiana orizzontaleAmpiezza totale binoculare gradi _____(v.n. non < 120°) con non meno di 50° verso destra o non meno di 50° verso sinistra

Meridiano verticale superioreAmpiezza totale binoculare gradi _____(v.n. non < 20°)

Meridiano verticale inferioreAmpiezza totale binoculare gradi _____(v.n. non < 20°)

Sono presenti Non sono presenti difetti (escluso lo scotoma fisiologico) in un raggio di 20° rispetto all'asse centrale.

b.SOGGETTO MONOCOLO

Meridiana orizzontaleAmpiezza totale gradi _____(v.n. non < 120°) con non meno di 60° verso destra o non meno di 60° verso sinistra

Meridiano verticale superioreAmpiezza gradi _____(v.n. non < 25°)

Meridiano verticale inferioreAmpiezza gradi _____(v.n. non < 30°)

Sono presenti Non sono presenti difetti (escluso lo scotoma fisiologico) in un raggio di 30° rispetto all'asse centrale.

c.binoculare per patenti gruppo II (C, CE, C1, C1E, D, DE, D1, D1E)

Meridiana orizzontaleAmpiezza totale binoculare gradi _____(v.n. non < 160°) con non meno di 80° verso destra o 80 verso sinistra

Meridiano verticale superioreAmpiezza totale binoculare gradi _____(v.n. non < 25°)

Meridiano verticale inferioreAmpiezza totale binoculare gradi _____(v.n. non < 30°)

Sono presenti Non sono presenti difetti (escluso lo scotoma fisiologico) in un raggio di 30° rispetto all'asse centrale.

2. illuminazione crepuscolare: sufficiente non sufficiente

3. tempo di recupero dopo l'abbagliamento: idoneo non idoneo

4. sensibilità al contrasto: idonea non idonea

5. presenza di diplopia: sì no

6. presenza di malattia degli occhi progressiva: sì no

DATA __/__/__ Firma dell'interessato _____-Firma del Medico Specialista
per presa visione e ritiro certificazione

Data _____ / _____ / 201_____

Si certifica che il/la/Sig./Sig.ra

_____ nato/a _____ a

_____ prov. _____ il _____ / _____ / _____

presenta un campo visivo con le seguenti caratteristiche, ai sensi del D.M. 30/11/2010 del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti **per pazienti del gruppo 2:**

SOGGETTO NON MONOCOLO

Meridiana orizzontale

Ampiezza totale binoculare gradi _____ (v.n. non < 160°)
con non meno di 80° verso destra o 80 verso sinistra

Meridiano verticale superiore

Ampiezza totale binoculare gradi _____ (v.n. non < 25°)

Meridiano verticale inferiore

Ampiezza totale binoculare gradi _____ (v.n. non < 30°)

Sono presenti Non sono presenti difetti (escluso lo scotoma fisiologico) in un raggio di 30° rispetto all'asse centrale.

Note:

Timbro e firma