

Raccolta anamnestica integrativa

Area visiva funzionale e percettiva

- Ha effettuato un controllo visivo nell'ultimo anno? sì ☐ no ☐

Se la risposta è sì: “Con quali risultati?”

.....

Rilevate nel vostro bambino la presenza di queste condizioni:

- Occhi rossi? si ☐ no ☐

- Lacrimazione? si ☐ no ☐

- Si stropiccia gli occhi? si ☐ no ☐

- Strizza gli occhi? sì ☐ no ☐

- Si avvicina alla TV? sì ☐ no ☐

- Si avvicina troppo al piano di lavoro in attività di lettura e/o grafiche? sì ☐ no ☐

- Assume una postura asimmetrica in attività di lettura e/o grafiche? si ☐ no ☐

- Si copre un occhio? si ☐ no ☐

Il vostro bambino riferisce:

- Bruciore oculare? si ☐ no ☐

- Occhi affaticati? si ☐ no ☐

- Mal di testa? si ☐ no ☐

- Visione sfocata da lontano? si ☐ no ☐

- Visione sfocata da vicino? si ☐ no ☐

- Di volersi avvicinare alla lavagna? si ☐ no ☐

- Diplopia (visione doppia)? si ☐ no ☐

- Difficoltà nel copiare? si ☐ no ☐

Intervista al bambino

Area visiva funzionale e percettiva

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - Senti bruciore agli occhi quando guardi la TV, fai un video-gioco o fai i compiti? | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| - Ti lacrimano gli occhi quando guardi la TV o fai i compiti? | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| - Senti gli occhi affaticati a scuola o a casa quando fai i compiti? | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| - Ti capita di avere mal di testa quando lavori tanto con gli occhi (ad es. se scrivi o leggi tanto)? | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| - Ti capita di vedere doppio quando fissi un oggetto, oppure scrivi o leggi? | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| - Guardando lontano (ad es. la TV o la lavagna) vedi sfocato? ...un po' confuso? | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| - Guardando vicino (ad es. la TV o la lavagna) vedi sfocato? ...un po' confuso? | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| - Ti dà fastidio quando da lontano devi passare a guardare vicino (ad es. lavagna/quaderno)? | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| - Ti dà fastidio quando da vicino devi passare a guardare lontano (ad es. quaderno/lavagna)? | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| - Ti capita di perdere il segno mentre leggi o copi dalla lavagna? | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |