

CERTIFICATO SPECIALISTICO OCULISTICO

(AI SENSI DEL DM 30.11.10 –G.U DEL 27/12/2010)

Sig.....

Nato a..... il.....

Patologia visiva: dall'età di

VISUS OD: naturale...../10 corretto...../10 sf.....
con lente tempiale cyl.....
con lente corneale

VISUS OS: naturale...../10 corretto...../10 sf.....
con lente tempiale cyl.....
con lente corneale

Correzione ben tollerata si no

FONDO OCULARE

.....

CAMPO VISIVO BINOCULARE (allegare la relativa documentazione)

visione orizzontale almeno 120°	si	no
visione orizzontale almeno 160°	si	no
estensione verso dx e verso sin almeno 50°	si	no
estensione verso dx e verso sin almeno 80°	si	no
estensione verso l'alto e verso il basso almeno 20°	si	no
estensione verso l'alto almeno 25°	si	no
estensione verso il basso almeno 30°	si	no
presenza di difetti in un raggio di 20° rispetto all'asse centrale	si	no
presenza di difetti in un raggio di 30° rispetto all'asse centrale	si	no

MONOCOLO organico funzionale

Soggetto monocolo dal.....

CAMPO VISIVO MONOCULARE (allegare la relativa documentazione)

visione orizzontale almeno 120°	si	no
estensione verso dx e verso sin almeno 60°	si	no
estensione verso l'alto almeno 25°	si	no
estensione verso il basso almeno 30°	si	no
presenza di difetti in un raggio di 30° rispetto all'asse centrale	si	no

Visione crepuscolare sufficiente si no

Tempo di recupero dopo abbagliamento, idoneo **OD** si no

OS si no

In caso di diplopia o perdita improvvisa della visione in un occhio lo specialista oculista valuta:

Periodo di astensione dalla guida consigliato (NB. in caso di patenti CDE è stabilito un periodo minimo di 6 mesi):.....

In seguito le sarà consentita la guida previa valutazione dell'idoneità da parte della Commissione Medica Locale, preso atto della relazione oculistica aggiornata.

Data

Timbro e firma dello specialista