

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Screening ortottico 0-3 anni

Cognome e nome del/la bambino/a _____

Nato il _____ a _____

Telefono _____ Mail _____

Pediatra Dr. _____

Anamnesi familiare

Tra i familiari ci sono forme di strabismo? Sì No

Verso dove si storce l'occhio? Verso il naso Verso la tempia

Ambliopia ("occhio pigro")? Sì No

Vizi di refrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo)? Sì No

In famiglia ci sono patologie conclamate? Sì No

Quali? _____

Anamnesi del bambino

Il bambino è nato a termine? Sì No Di quante settimane? _____

Com'è avvenuto il parto? Naturale Taglio cesareo E' stato usato il forcipe

È incorsa asfissia perinatale? Sì No

Crisi convulsive? Sì No

Febbri elevate? Sì No

È mai stata effettuata una visita oculistica? Sì No

Sono stati prescritti occhiali? Sì No

Avete notato che il bambino tende a storcere un occhio? Sì No

Quale occhio storce maggiormente? Destro Sinistro

Tiene spesso la testa inclinata o ruotata? Sì No

Ha sempre gli occhi arrossati la sera? Sì No

Si stropiccia spesso gli occhi e non solo quando ha sonno? Sì No

Chiude un occhio solo al sole o davanti ad una forte luce? Sì No

Lacrima troppo o si strofina spesso gli occhi? Sì No

Avvicina troppo al viso gli oggetti? Sì No

Utilizza una mano più dell'altra? Sì No Quale? _____

Tenta di afferrare gli oggetti con entrambe le mani? Sì No

.....