

REFERTO DI VISITA MEDICA PER RICHIEDENTI CLASSE 1^a 2^a 3^a

COMPILARE QUESTA PAGINA PER INTERO E A STAMPATELLO – FARE RIFERIMENTO ALLA PAGINA DELLE ISTRUZIONI PER IL COMPLETAMENTO

Dati medici confidenziali

(201) Tipo di visita	(202)	(203)	(204)	(205)	(206) Pressione arteriosa	(207) Pulsazioni – a riposo	
Iniziale	Altezza (cm)	Peso(kg)	Colore occhi	Colore capelli	in posizione seduta (mmHg)	Frequenza (bpm)	
Rinnovo							Sistolica
Riiconvalida					Regolare <input type="checkbox"/>	Irregolare <input type="checkbox"/>	
Addizionale							

Esame Clinico: Segnare ogni voce				Normale	Anormale	Normale	Anormale
(208) Testa, viso, collo, capillizio							
(209) Bocca, gola, denti							
(210) Naso, seni							
(211) Orecchie, timpani, motilità timpano							
(212) Occhi - orbite e annessi, campi visivi							
(213) Occhi - pupille e fondo oculare							
(214) Occhi - mobilità oculare; nistagmo							
(215) Polmoni, torace, mammelle							
(216) Cuore							
(217) Sistema vascolare							
(218) Addome, ernie, fegato, milza							
(219) Ano, retto							
(220) Sistema genito-urinario							
(221) Sistema endocrino							
(222) Arti superiori e inferiori, articolazioni							
(223) Colonna vertebrale, altre parti muscolo-scheletrico							
(224) Esame neurologico - riflessi, etc.							
(225) Esame psichiatrico							
(226) Pelle, segni di identificazione, sistema linfatico							
(227) Stato generale							

(228) Note: Descrivere ogni anomalie rilevate. Inserire il numero della voce corrispondente prima di ogni commento.

Acutezza visiva			
(229) Visione a distanza 5/6 metri	Occhiali	Lenti a contatto	
Occhio destro, non corretto	Corretto a		
Occhio sinistro, non corretto	Corretto a		
Entrambi gli occhi non corretti	Corretti a		

(236) Funzionalità polmonare	(237) Emoglobina
FEV ₁ /FVC _____ %	_____ g/dl
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale

(230) Visione intermedia N14 a 100 cm	Non corretta	Corretta
	Si	No
Occhio destro		
Occhio sinistro		
Entrambi gli occhi		

(235) Analisi urine			
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale			
Glucosio	Proteine	Sangue	Altro

(231) Visione da vicino N5 a 30-50 cm	Non corretta	Corretta
	Si	No
Occhio destro		
Occhio sinistro		
Entrambi gli occhi		

Referti Allegati	Non eseguito	Normale	Anormale/Commenti
(238) ECG			
(239) Audiogramma			
(240) Visita oculistica			
(241) Visita ORL			
(242) Lipidi ematici			
(243) Funzionalità polmonare			
(244) Altro (specificare)			

(232) Occhiali		(233) Lenti a contatto		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo:	
Rifrazione	Sph	Cyl	Axis	Add
Occhio destro				
Occhio sinistro				

(233) Percezione dei colori	
Tavole pseudoisocromatiche	Tipo: Ishihara (24 Tavole)
Tavole:	Numero errori:

(247) Conclusioni dell'AME:		
Cognome e Nome del richiedente	Data di nascita	No. di riferimento
.....
<input type="checkbox"/> Idoneo per Classe <input type="checkbox"/> Classe di certificato medico rilasciato dal sottoscritto (copia allegata) per classe <input type="checkbox"/> Non idoneo per la Classe <input type="checkbox"/> Rinviato per ulteriori valutazioni. Se sì. Perché e a chi? (indicare in box 248)		

(234) Esame udito se (239/241) non eseguito	Orecchio destro	Orecchio sinistro
Prova di conversazione a voce di spalle all'esaminatore (2 metri)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Audiometria		
Hz	500	1000
	2000	3000
Destra		
Sinistra		

(248) Commenti, limitazioni:

(249) Dichiarazione dell'AME:

Certifico qui di seguito di avere, personalmente/ il gruppo AME da me diretto, visitato personalmente il candidato indicato in questo referto e che questo referto, con ogni eventuale allegato, comprende le mie conclusioni in modo completo e corretto.

(250) Luogo e data:	Nome e Indirizzo dell'AME:	Certificato AME n.:
Firma dell'AME:	E-mail:	
	Telefono:	
	Telefax:	