

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	Diastolica		Ritmo		
Riiconvalida									Regolare	<input type="checkbox"/>
Addizionale									Irregolare	<input type="checkbox"/>

Esame Clinico: Segnare ogni voce Normale Anormale Normale Anormale

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

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	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	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**

Si No Si 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)	Si No	Si 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:	