ENAC
ENTE NAZIONALE PER L'AVIAZIONE CIVILE

REFERTO DI VISITA OFTALMOLOGICA

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

Dati medici confidenziali

(1) Stato a cui si richiede il certificato:	(2) Classe di certificato medico richiesto: 1 ☐ 2 ☐ 3ATC/FIS ☐		
(3) Cognome:	(4) Cognome(i) precedente(i):		(12) Tipodi richiesta: Iniziale ☐ Rinnovo/Riconvalida ☐
(5) Nome:	(6) Data di nascita:	(7) Sesso: Maschio ☐ Femmina ☐	(13) Numero di riferimento:

(301) **Consenso al rilascio di informazioni mediche:**
Con il presente atto autorizzo la messa a disposizione di tutte le informazioni contenute in questo referto ed in tutti i suoi allegati, all'AME e se necessario, all'ispettore medico dell'autorità aeronautica riconoscendo che questi documenti o altri dati archiviati elettronicamente saranno usati per il completamento delle valutazioni mediche e diverranno e rimarranno di proprietà dell'autorità, ferma restando la possibilità per me o per il mio medico curante di potervi accedere in accordo con le leggi nazionali vigenti.La riservatezza delle informazioni mediche sarà sempre rispettato.

…….. …… ……
Data Firma del richiedente Firma dell'AME

(302) Categoria di visita Iniziale ☐ Rinnovo ☐ Riconvalida ☐ Addizionale ☐	(303) Anamnesi oftalmologica:

Esame clinico

Verificare ogni voce		Normale	Anormale
(304) Occhi, parti esterne e palpebre		☐	☐
(305) Occhi, aspetto esteriore (lampada a fessura,oftalmoscopio)		☐	☐
(306) Posizione e movimenti degli occhi		☐	☐
(307) Campi visivi (confronto)		☐	☐
(308) Riflessi pupillari		☐	☐
(309) Fondo dell'occhio (oftalmoscopio)		☐	☐
(310) Convergenza	**Cm**	☐	☐
(311) Accomodazione	**D**	☐	☐

(312) Bilanciamento dei muscoli oculari
(in unità di deviazione prismatica)

A distanza (di 5/6 metri)	Da vicino (a 30-50 cm)
Orto-	Orto-
Eso-	Eso-
Exo-	Exo-
Iper-	Iper-
Ciclo-	Ciclo-
Tropia Si ☐ No ☐	Foria Si ☐ No ☐
Test di riserva fusionale Non eseguito ☐ Normale ☐ Anormale ☐	

(313) Percezione dei colori

Tavole pseudoisocromatiche	Tipo:**Ishihara (24 tavole)**
N° di tavole:	N°di errori:
Esecuzione del test di percezione avanzata dei colori Si ☐ No ☐	
Tecnica:	
Percezione dei colori SICURA ☐ NON SICURA ☐	

Acuità visiva

(314) Visione a distanza (di 5m/6m)

	non corretto		Occhiali	Lenti a contatto
Occhio destro		Corretto a		
Occhio sinistro		Corretto a		
Entrambi gli occhi		Corretto a		

(315) Visione intermedia (a 1m)

	non corretto		Occhiali	Lenti a contatto
Occhio destro		Corretto a		
Occhio sinistro		Corretto a		
Entrambi gli occhi		Corretto a		

(316) Visione da vicino (a 30-50cm)

	non corretto		Occhiali	Lenti a contatto
Occhio destro		Corretto a		
Occhio sinistro		Corretto a		
Entrambi gli occhi		Corretto a		

(317) Rifrazione	Sfera	Cilindro	Asse	Da vicino (agg)
Occhio destro				
Occhio sinistro				
☐ Rifrazione effettiva		☐ Con l'uso di occhiali prescritti		

(318) Occhiali	*(319) Lenti a contatto*
Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
Tipo:	Tipo:

(320) Pressione intraoculare

Destro (mmHg)	Sinistro (mmHg)
Tecnica:	
Normale ☐ Anormale ☐	

(321) **Osservazioni e conclusioni sull'esame oftalmologico:**

(322) **Dichiarazione del medico esaminatore:**
Con il presente atto certifico che il sottoscritto/mio gruppo AME ho/ha esaminato personalmente il richiedente il cui nome è nel presente referto medico e che questo referto, con ogni eventuale allegato, contiene le mie conclusioni in modo corretto e completo.

(323) Luogo e data:	Nome e indirizzo del medico esaminatore oftalmologo: (in stampatello)	Timbro dell'AME o del medico specialista e relativo N°:
Firma dell'AME:	E-mail: N°Telefono: N°Fax:	