

ANNESNO 7**REQUISITI VISIVI PER PAZIENTE MONOCULO**

Signore/a _____

Monocolo/a da:	> 6 mesi	<input type="checkbox"/>	< 6 mesi	<input type="checkbox"/>
Rischio di progressione della patologia	Assente	<input type="checkbox"/>	Presente	<input type="checkbox"/>

CAMPO VISIVO BINOCULARE	RICHIESTA	OTTENUTA
Estensione orizzontale complessiva	120°	
Estensione verso destra	60°	
Estensione verso sinistra	60°	
Estensione verso l'alto	25°	
Estensione verso il basso	30°	
Difetti nei 30° centrali BINOCULARMENTE	No	

ATTENZIONE

Le condizioni oculari accertate durante l'esecuzione degli esami non corrispondono alle condizioni oculari che occorrono nella navigazione da diporto.

La presente certificazione, accertativa della patologia a carico dell'apparato visivo del paziente, è rilasciata al medesimo su sua specifica richiesta.

Data: ___/___/_____

Timbro e firma

del medico specialista in malattie dell'apparato oftalmico

