Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………..……………………………………………………………… Nr karty ……………………………..………

**Badania okulistyczne**

1. Wywiad uzupełniający dotyczący narządu wzroku:

a) kiedy zauważono i jakie zmiany patologiczne w narządzie wzroku? ……………………………………………………………………………..………………

……………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………

……………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………

b) czy dziecko było leczone? gdzie? operacyjnie czy zachowawczo?

……………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………

……………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………

c) czy korzystało i od kiedy z pomocy szkieł korekcyjnych i innych przyrządów optycznych?

……………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………

……………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………

d) jakie miała trudności wzrokowe?

- w domu ……………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………

- w przedszkolu ……………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………

- w szkole normalnej ……………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………

e) czy w rodzinie były przypadki schorzeń ocznych, ślepoty?

……………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………

……………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………

1. Ostrość wzroku.
   1. oko prawe bez korekcji ………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………………

oko lewe bez korekcji ………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………

* 1. oko prawe z korekcją szkłami ………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..………

oko lewe z korekcją szkłami ………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………

* 1. co czyta z bliska, z jakiej odległości, z jaką korekcją? ………………………………………………………………………..……………………………………

- oko prawe ………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

- oko lewe ………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..………………………………………………………..

Skiaskopia:

OP OL

1. Aparat ochronny oczu: ………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………

…………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………..……

1. Aparat mięśniowy oczu: …………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………………….………………………………… ………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………
2. Ośrodki optyczne oczu: ………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………

………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………

1. Dno oka prawego: ………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………
2. Dno oka lewego: ………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………..……
3. Ciśnienie śródgałkowe: ………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………
4. Pole widzenia orientacyjne: ………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..………………
5. Adaptacje siatkówki: ………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..………………………………….……………………
6. Akomodacja: ………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………….…………………………………..…………………………………………………
7. Widzenie obuoczne: ………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………
8. Rozpoznanie barw: ………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………..………………………………………

Rozpoznanie okulistyczne: ………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..…..……………………………….

………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..…..……………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..…..……………………………………………………………………………………………………

Wskazania: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..…..……………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..…..……………………………………………………………………………………………………

Miejscowość …………………………………………………………………………………………………………………………

Data …………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………….

(podpis lekarza okulisty)