

Cognome.....

Nome.....

Data.....

**Servizio di OCULISTICA**

Gentile Paziente

al fine di una corretta e precisa diagnosi, La preghiamo di collaborare con una attenta compilazione del questionario indicatoLe. Inoltre, La invitiamo a voler portare sempre con sè l'ultimo analogo controllo eseguito in precedenza.

Il personale della Struttura è a Sua disposizione per ogni chiarimento.

Grazie per la collaborazione.

**QUESTIONARIO ALLERGOLOGICO**

- Sì     No    Sa di essere allergico/a?
- Sì     No    Qualcuno tra i Suoi parenti stretti soffre di qualche patologia allergica accertata?  
Se sì, quali? .....
- Sì     No    Assume farmaci abitualmente?  
Se sì, quali? .....
- Sì     No    Ha mai avuto reazioni avverse a farmaci?  
Se sì, quali? .....
- Sì     No    Fa uso di lenti a contatto?
- Sì     No    Lavora al computer / Usa videogiochi?
- Sì     No    Ha mai avuto malattie oculari in particolare congiuntiviti?  
Se sì, in che periodo dell'anno? .....
- Sì     No    Fa uso di colliri?
- Sì     No    Ha mai sofferto di crisi ripetute di bruciore e/o prurito oculare?
- Sì     No    Ha mai notato un aumento della lacrimazione?  
Se sì, in che periodo dell'anno?
- Sì     No    Soffre di irretazione oculare cronica?
- Sì     No    Se sì, ha animali domestici?
- Sì     No    Ha tappeti, moquette, peluches?
- Sì     No    Fa uso costante di cosmetici e/o profumi?
- Sì     No    Ha miglioramento della sintomatologia durante soggiorni ad alta quota i in clima molto secco?

Firma del Paziente

Cognome.....

Nome.....

Data.....

## Servizio di OCULISTICA

Gentile Paziente

al fine di una corretta e precisa diagnosi, La preghiamo di collaborare con una attenta compilazione del questionario indicatoLe. Inoltre, La invitiamo a voler portare sempre con sé l'ultimo analogo controllo eseguito in precedenza.

Il personale della Struttura è a Sua disposizione per ogni chiarimento.

Grazie per la collaborazione.

## ( ) QUESTIONARIO PER CHECK UP MACULOPATIA

- ( ) Sì ( ) No Ha parenti stretti affetti da Maculopatia?  
 Se sì, quali? .....
- ( ) Sì ( ) No E' affetto da Iperensione Arteriosa / Diabete Mellito / Ipercolesterolemia?
- ( ) Sì ( ) No E' fumatore?
- ( ) Sì ( ) No Ha una alimentazione corretta?
- ( ) Sì ( ) No Indossa occhiali da sole?
- ( ) Sì ( ) No Ha notato un peggioramento della capacità visiva?
- ( ) Sì ( ) No Ha notato una distorsione delle immagini?

## ( ) QUESTIONARIO PER CHECK UP GLAUCOMA

- ( ) Sì ( ) No Ha parenti stretti affetti da Iperono Oculare e/o Glaucoma?  
 Se sì, quali? .....
- ( ) Sì ( ) No Ha mai misurato la Pressione Intra-oculare?  
 Se sì, ricorda il valore? .....
- ( ) Sì ( ) No Ha difetti visivi, in particolare Miopia / Ipermetropia?
- ( ) Sì ( ) No Fa uso di colliri?  
 Se sì, quali? .....
- ( ) Sì ( ) No Assume farmaci?  
 Se sì, quali? .....
- ( ) Sì ( ) No Nota "aloni colorati" fissando fonti luminose?
- ( ) Sì ( ) No Lamenta saltuari dolori oculari?
- ( ) Sì ( ) No Ha notato un peggioramento della capacità visiva?
- ( ) Sì ( ) No Ha notato una riduzione del Campo Visivo?

Firma del Paziente