

Ridotta Capacità Accomodativa

REPORT dei SINTOMI

Sig.re/ra _____ Data inizio _____

- 1) Posizionare il testo da leggere alla distanza di 40 cm. dal volto in condizione di illuminazione normale.
- 2) Utilizzare un testo con carattere CP8 (dimensione del carattere del giornale)
- 3) Leggere senza interruzioni o distrazioni per 5 minuti di orologio, al termine dei quali rispondere alle seguenti domande con un SI o un NO (salvo diversa indicazione) :
- 4) Ripetere l'esame per ogni singola colonna e nei tempi indicati

SINTOMI	Senza occhiale	Con Occhiale 1° giorno	Dopo 15 gg	Dopo 1 mese	Dopo 2 mesi
Tenendo lo sguardo sul testo :					
Vedo sfuocato					
Vedo sdoppiato					
Sono affaticato					
Fotofobia e/o fastidio al riflesso della carta					
Ho dolori frontali o retrobulbari					
Ho mal di testa					
Se si dove ? (descrizione)					
Descrivere altri Sintomi					
Se alzo lo sguardo dal testo e guardo lontano					
vedo sfuocato da lontano					
In quanto tempo la visione da lontano si normalizza (esprimere in secondi)					
Valutazioni PRESTAZIONALI - il soggetto è :					
Svegliato a scuola					
Potrebbe fare di più ma non si applica					
Iperattivo					
Segni di Dislessia					
Segni di Disgrafia					
Velocità di lettura					
Comfort					
Altre osservazioni :					
Valutazione degli educatori :					
Genitori					
Insegnanti					