

Dott.ssa DANIELA CORBELLA
Medico Chirurgo Specialista in Pediatria
Via Municipio n. 1 - COLTURANO (MI) - tEL. 02 98 27 42 40

QUESTIONARIO AI GENITORI PER IL CONTROLLO DELLA VISTA DEL BAMBINO

Cognome : _____ Nome :

(da riportare compilato al controllo del 10°-12° mese o comunque in qualsiasi momento se Vi accorgete che il bambino ha problemi di vista)

segnalare se nella famiglia paterna e materna sono presenti:

- | | | |
|---|----|----|
| - persone con difetti visivi prima dei 6 anni | Sì | No |
| - persone con occhiali prima dei 10 anni | Sì | No |
| - casi di strabismo | Sì | No |
| - casi di gravi malattie agli occhi | Sì | No |

Esistono fattori a rischio? : rosolia prenatale danni neurologici alla nascita malformazioni
 infezioni meningee o oculari dopo la nascita traumi cranici o oculari
 ossigenoterapia prolungata in periodo neonatale
 altro :

1° mese

- | | | |
|---|----|----|
| • il piccolo guarda il volto dei genitori? | Sì | No |
| • pensate che la vista del figlio sia normale? | Sì | No |
| • siete preoccupati per gli occhi del vostro bambino? | Sì | No |

3 - 4 mesi

- | | | |
|--|----|----|
| • segue con gli occhi gli oggetti i movimento? | Sì | No |
|--|----|----|

6 - 8 mesi

- | | | |
|--|----|----|
| • è in grado di fissare piccoli oggetti? | Sì | No |
|--|----|----|

12 mesi

- | | | |
|--|----|----|
| • siete preoccupati perchè vi sembra strabico? | Sì | No |
|--|----|----|