



VALUTAZIONE ORTOTTICA  
E  
ESAME DELLA MOTILITÁ OCULARE

CAVUOTI Cristina  
 Ortottista e Ass. di Oftalmologia  
 P. Iva 07478120012  
 339-7150789  
 cavuoti.cristina@tiscalinet.it

Cognome .....	Nome .....	Nato il .....	Data .....
---------------	------------	---------------	------------

Anamnesi: .....

.....

.....

LENTI IN USO    PL:        OD ..... sf ..... cyl .....°    OS ..... sf ..... cyl .....°  
                          PV:        OD ..... sf ..... cyl .....°    OS ..... sf ..... cyl .....°  
                          PRISMA: OD .....

VISUS    S.C.: PL        ODV .....    OSV .....

                         PV        ODV .....    OSV .....

                         C.S.L.: PL        ODV .....    OSV .....

                         PV        ODV .....    OSV .....

PROVA LENTI    PL:        .... sf ..... cyl .....° ODV .....    .... sf ..... cyl .....° OSV.....  
                          PV:        .... sf ..... cyl .....° ODV .....    .... sf ..... cyl .....° OSV.....

REFRAZIONE NORMALE	REFRAZIONE IN CICLOPLEGIA



