

Nome _____ Data di nascita _____

Data esame _____ Ora esame _____ O Mattina O Pomeriggio

Controllo: O Consegna Lenti O 1° Giorno O 1° Settimana O 15 Giorni
 O 1 Mese O 3 Mesi O Altro: _____

AV Naturale OD: ____/10 OS: ____/10 OO: ____/10 ΔAV Nat. differenza T0: + = -

O Residuo refrattivo - migliore correzione

OD sf cil ax AV: /10 add.:

OS sf cil ax AV: /10 add.:

Cheratometria

OD: Differenza T0. ΔK3: _____ differenza T0: + = -

OS: Differenza T0. ΔK3: _____

Lampada a fessura:

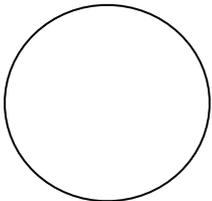
OD

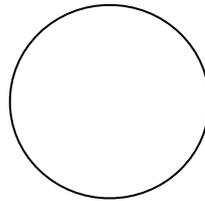
OS

Topografia corneale:

OD

OS





O Sovrarefrazione lac in uso

OD sf cil ax AV: /10

OS sf cil ax AV: /10

NOTE ED AVVISI:

EVENTUALI NUOVE LAC CONSEGNATE:

Il paziente : _____

Applicatore : _____