

Nome _____ Data di nascita _____

Data esame _____ Ora esame _____ O mattina O pomeriggio _____

Controllo: Pre Applicazione

Medico Oculista del Paziente: Dr: _____ Ultima Visita Oculistica: _____

Manutenzione: Altro: _____

O **OXIMED** O **PROCLEAN** O **MEDLAC B5** O **TOPOCARE LIPID** O **OTE' CLEANER** O **BIOMED** O **OTE' SALINE**

AV Naturale OD: ____/10 OS: ____/10 OO: ____/10 **AV Corr OO:** ____/10

O Refrazione Occhiali:

OD sf cil ax AV: ____/10 add.: _____

OS sf cil ax AV: ____/10 add.: _____

Cheratometria:

OD: ____/____ ax: ____ e1: ____ e2: ____ $\Delta K3$ ____ $\Delta K7$ ____ $\Delta Sag8$ ____ Hivd: ____

OS: ____/____ ax: ____ e1: ____ e2: ____ $\Delta K3$ ____ $\Delta K7$ ____ $\Delta Sag8$ ____ Hivd: ____

Lampada a fessura:

OD

OS

Topografia corneale:

OD

OS

Lenti OK Night:

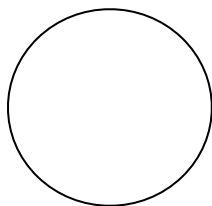
OD Lot _____ K1: _____ Ec1: _____ Øt: _____ pot.: _____ SRX: _____ A.V: _____ /10

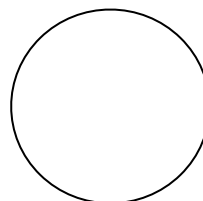
K2: _____ Ec2: _____

OS Lot. _____ K1: _____ Ec1: _____ Øt: _____ pot.: _____ SRX: _____ AV: _____ /10

K2: _____ Ec2: _____

Note:





NOTE ED AVVISI:

Il paziente : _____

Applicatore : _____