**VISTA**

QUESTIONARIO RIVOLTO AI GENITORI PER Il CONTROLLO
 DELLA VISTA DEL BAMBINO

 (da riportare compilato al controllo del 12"mese)

-segnalare se nella famiglia paterna e materna sono presenti:

-persone con difetti visivi prima dei 6 anni SI NO

-persone con occhiali prima dei 10 anni SI NO

-casi dì strabismo SI NO

-casi di gravi malattie agli occhi SI NO

-esistono fattori di rischio?
(rosolia prenatale,

danni neurologici alla nascita,
malformazioni,

infezioni meningee o oculari dopo la nascita,
traumi cranici o oculari,

ossigenoterapia prolungata in periodo neonatale) SI NO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  1°rmese  |  il piccolo guarda il volto dei genitori?  |  SI  |  NO  |
|  | pensate che la vista del figlio sia normale?  |  SI  |  NO  |
|  | siete preoccupati per gli occhi del bambino?  |  SI  |  NO  |
| 3-4 mesi  |  segue con gli occhi gli oggetti in movimento?  |  SI  | NO  |
| 6-8 mesi  |  è in grado di fissare piccoli oggetti?  | SI  | NO  |
| 12 mesi  |  siete preoccupati perchè vi sembra strabico?  | SI  | NO  |