**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 |