



Federazione Italiana Sport Equestri

**MODULO DI DIAGNOSI MEDICA PER ATLET  
CON DISABILITA' VISIVA**

- Il modulo deve essere compilato, sottoscritto ed inviato alla FISE tramite email a [k.quarta@fise.it](mailto:k.quarta@fise.it)
- Il modulo deve essere compilato da un medico oculista.
- Il modulo attesta la determinazione del campo visivo dell'atleta secondo quanto stabilito dal vigente regolamento di classificazione della Federazione Internazionale.
- Tutta la documentazione medica richiesta nel modulo deve essere allegata.
- Il modulo e tutti gli allegati non devono essere stati emessi prima di 12 mesi dalla data della valutazione dell'atleta.

**Si prega di compilare il modulo in stampatello leggibile.**

**I moduli non completati in ogni parte non saranno presi in considerazione. Gli atleti non potranno essere ammessi alle visite di classificazione se i moduli non saranno stati correttamente compilati.**

**1. DATI DELL'ATLETA**

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Sesso:  F  M      Data di nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Nazione: \_\_\_\_\_

Sport: \_\_\_\_\_ N. Tessera FISE \_\_\_\_\_

**2. INFORMAZIONI MEDICHE**

**Diagnosi :**



Federazione Italiana Sport Equestri

**Storia clinica:**

Età d'insorgenza della patologia:		
Occhiali:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Correzione : occhio destro _____ occhio sinistro _____
Lenti a contatto:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Correzione : occhio destro _____ occhio sinistro _____
Protesi:	<input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx	
Altro:		

**Terapie:**

Cure agli occhi effettuate dall'atleta:	
Allergie a farmaci oftalmici:	

**3. RISULTATI DELLA VALUTAZIONE**

**Acuità visiva (apporre una X sulla casella corrispondente)**

	Con correzione	Senza correzione
Occhio destro	LogMar > 2.60 <input type="checkbox"/>	LogMar > 2.60 <input type="checkbox"/>
	1.50 <= LogMar <= 2.60 <input type="checkbox"/>	1.50 <= LogMar <= 2.60 <input type="checkbox"/>
	1.0 <= LogMar < 1.40 <input type="checkbox"/>	1.0 <= LogMar < 1.40 <input type="checkbox"/>
Occhio sinistro	LogMar > 2.60 <input type="checkbox"/>	LogMar > 2.60 <input type="checkbox"/>
	1.50 <= LogMar <= 2.60 <input type="checkbox"/>	1.50 <= LogMar <= 2.60 <input type="checkbox"/>
	1.0 <= LogMar < 1.40 <input type="checkbox"/>	1.0 <= LogMar < 1.40 <input type="checkbox"/>

Tipo di correzione: \_\_\_\_\_

Metodo di misurazione: \_\_\_\_\_



## Federazione Italiana Sport Equestri

### **Campo visivo:**

In gradi (raggio)	Occhio destro	Occhio sinistro
	Minore di 10 gradi <input type="checkbox"/>	Minore di 10 gradi <input type="checkbox"/>
	Tra 10 e 40 gradi <input type="checkbox"/>	Tra 10 e 40 gradi <input type="checkbox"/>
	Maggiore di 40 gradi <input type="checkbox"/>	Maggiore di 40 gradi <input type="checkbox"/>

### **4. DOCUMENTAZIONE MEDICA DA ALLEGARE**

#### **Test del campo visivo:**

Test campimetrico totale (120 gradi) o test del campo visivo centrale (30, 24 o 10 gradi), a seconda della patologia, con l'utilizzo di uno dei seguenti perimetri: Goldman (Intensità III/4), Humphrey o Octopus (Interzeag).

#### **Ulteriori referti medici:**

Si prega di specificare da quale patologia visiva è affetto l'atleta:

Condizione della vista	Ulteriore documentazione richiesta
<input type="checkbox"/> Malattia anteriore	Nessuno
<input type="checkbox"/> Malattia maculare	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ OCT maculare</li><li>▪ Multifocal and/or pattern ERG</li><li>▪ VEP</li><li>▪ Pattern appearance VEP</li></ul>
<input type="checkbox"/> Malattia della retina periferica	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Full field ERG</li><li>▪ Pattern ERG</li></ul>
<input type="checkbox"/> Malattia del nervo ottico	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ OCT</li><li>▪ Pattern ERG</li><li>▪ Pattern VEP</li><li>▪ Pattern appearance VEP</li></ul>
<input type="checkbox"/> Malattia corticale/neurologica	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pattern VEP</li><li>▪ Pattern ERG</li><li>▪ Pattern appearance VEP</li></ul>



Federazione Italiana Sport Equestri

## 5. DICHIARAZIONE DEL MEDICO

**Confermo che le informazioni sopra riportate sono esatte e certifico che non ci sono controindicazioni alla pratica agonistica da parte dell'atleta.**

Nome: \_\_\_\_\_

Specializzazione medica: \_\_\_\_\_

Numero di iscrizione: \_\_\_\_\_ Ordine: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Paese: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Timbro e firma \_\_\_\_\_