

L'IMPORTANTE É... VEDERCI CHIARO



OGGETTO: Convocazione screening ortottico per diagnosi precoce di ambliopia (occhio pigro)

Cari genitori,

invitiamo il vostro bambino ad eseguire lo screening visivo per la diagnosi precoce dell'ambliopia il giorno.....alle ore..... presso.....

L'ambliopia, comunemente conosciuta come "occhio pigro", è una riduzione della capacità visiva di un solo occhio, non correggibile attraverso occhiali o ausili ottici, causata da uno sviluppo visivo anomalo nei primi anni di vita.

L'ambliopia rappresenta la causa più comune di disabilità visiva pediatrica; interessa il 2-4% dei bambini e può diventare irreversibile se non diagnosticata in tempi utili alla sua risoluzione attraverso trattamenti mirati.

Se l'ambliopia è diagnosticata entro i 6 anni d'età, può essere adeguatamente trattata e curata.

A 4 anni è importante fare l'esame della vista perché il bambino non è in grado di accorgersi da solo se un occhio vede poco.

Lo screening ortottico è un esame della vista per prevenire e diagnosticare l'ambliopia.

È gratuito e non invasivo, dura circa 10 minuti ed è eseguito da un'ortottista dell'Azienda Usl di Reggio Emilia.

I bambini portatori di lenti non verranno controllati poiché scopo dello screening è mettere in evidenza patologie non note. In questo caso vi chiediamo di restituire questo foglio con la diagnosi dello specialista.

CONTATTI

Se desiderate ricevere maggiori informazioni o se il bambino è già seguito per altri problemi di vista, potete chiamare il numero 0522 335781 o scrivere all'indirizzo PEC screeningortottico@pec.ausl.re.it

Per saperne di più (materiale multilingue) www.ausl.re.it/screening-ortottico

COMPILARE LA SCHEDA

1. Il bambino ha già eseguito visita oculistica? SI ☐ NO ☐

(se SI allegare referto specialistico. In base agli esami eseguiti l'ortottista valuterà se sottoporre comunque il bimbo allo screening).

2. Il bambino ha praticato l'occlusione (benda su un occhio)? SI ☐ NO ☐

3. In famiglia sono presenti problemi visivi? SI ☐ NO ☐

(Se SI specificare chi e di che tipo: miopia, ipermetropia, astigmatismo, strabismo)

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

genitore del minore Cognome _____ Nome _____

AUTORIZZA ☐ NON AUTORIZZA ☐

all'esecuzione di test ai fini di uno screening volto all'individuazione di eventuali disturbi visivi.

Data ____ / ____ / ____

Firma del genitore _____

Il trattamento dei dati personali avviene da parte dell'Azienda Usl-IRCCS nel rispetto del GDPR 2016/679 e D.lgs. 196/2003 e s.m.i. L'informativa completa relativa al trattamento dei dati personali è rinvenibile sul sito web www.ausl.re.it/privacy

SI PREGA DI RESTITUIRE IL PRESENTE FOGLIO ALLA SCUOLA