

Puntatori Oculari

Questionario per la valutazione

Per valutare meglio la possibilità di provare uno dei nostri puntatori oculari, può compilare il seguente profilo e inviarlo con una email o un fax alla HELPICARE by DIDACARE SRL.

Per cortesia risponda alle seguenti domande al fine di poterci aiutare a capire se uno dei nostri sistemi di puntamento oculare può essere utile al suo bisogno.

Informazioni generali

Nome:

Cognome:

Sesso:

Età:

Data di nascita:

Telefono:

Indirizzo:

Città e Stato:

Codice di avviamento postale:

Educazione scolastica:

Precedente/Attuale:

Occupazione:

Stato fisico:

Descriva brevemente la sua storia clinica/diagnosi:

Attuali condizioni fisiche includendo la descrizione delle abilità motorie residue:

Elenchi i suoi problemi fisici:

Numero di ore al giorno in cui il paziente siede sulla sedia :

a rotelle:

a letto:

Indossa lenti a contatto? Sí No
Se sí quale tipo? Dure: Morbide:

Indossa occhiali da vista? Sí No

Bifocali? Sí No

Puó mantenere la testa ferma nella stessa posizione per almeno 5 secondi?

Sí No

Decriva il tipo di movimenti che é in grado di fare con la testa (ad esempio movimenti spastici movimenti ATHETOID, nessun movimento):

Puó mantenere il contatto visivo per almeno un secondo? Sí No

Si descriva il controllo oculare del paziente (es: sguardo fisso, cadente ,tremore oculare, palpebra ipotonica etc)

Puó puntare lo sguardo in ogni direzione? Sí No .

Se no descriva il problema:

Il Paziente presenta un occhio "dominante"? Sí No Se sí il destro?
Sinistro?

Il paziente presenta cataratte? Sí No

Il paziente presenta una normale umidità oculare? Sí No

Spiegare piú dettagliatamente se necessario:

Capacità di comunicazione:

Il paziente sa leggere? Sí No

Informazione sconosciuta al momento:

La preghiamo di descrivere le capacità comunicative nel dire “sí” “no”:

Come vengono comunicati altri messaggi?

Il paziente é in grado di seguire diverse direzioni? Sí No

Il paziente é motivato a comunicare in maniera piú efficace? Sí No

Come reagisce di fronte a nuove persone?

Descriva le capacità di espressione verbale:

La preghiamo di indicare i mezzi di comunicazione usati precedentemente e il livello di successi o insuccessi osservati:

Altre informazioni importanti potrebbero essere utili:

Dati personali della persona che ha compilato il questionario

Nome

Telefono/email:

Relazione con il paziente (padre, madre, assistente etc.):

Indirizzo: