

FORM PEMERIKSAAN MATA

IDENTITAS (Diisi Calon Mahasiswa Baru)

No. Pemeriksaan Kesehatan CAMABA : _____
 Nama : _____
 Program Studi* : S.KEDOKTERAN / KEPERAWATAN / ILMU GIZI / FARMASI / KEBIDANAN / FKG / FKH

HASIL PEMERIKSAAN MATA :

(diisi oleh dokter spesialis MATA)

Apabila memakai kacamata, kacamata **tidak** perlu dilepas

- a. Tajam penglihatan sentral :
 - Mata Kanan : Pakai kaca mata / tanpa kaca mata*
 - Mata Kanan dgn pinhole : Pakai kaca mata / tanpa kaca mata*
 - Mata Kiri : Pakai kaca mata / tanpa kaca mata*
 - Mata Kiri dgn pinhole : Pakai kaca mata / tanpa kaca mata*
- b. Tajam Penglihatan Warna** : () Tidak Buta Warna
 () Buta Warna Parsial
 () Buta Warna Total

<u>Pemeriksaan meliputi :</u>			
VISUS ODS	:		
TIO ODS	:		
SEGMENT ANT ODS	:		
FUNDUS ODS	:		
ISHIHARA TEST ODS	:		
<u>KESIMPULAN :</u> dBN/Kelainan			
Nama Dokter :		Paraf***	

* Lingkari Pilihan Anda
 ** Centang Pilihan Anda
 ***Wajib Stempel Basah Rumah Sakit pemerintah kota/kabupaten