

FORM PEMERIKSAAN MATA

IDENTITAS (Diisi Calon Mahasiswa Baru)

No. Pendaftaran SNMPTN :
 Nama :
 Program Studi* : PSPD / FARMASI

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 dengan pinhole : Pakai kaca mata / tanpa kaca mata*
- Mata Kiri : Pakai kaca mata / tanpa kaca mata*
- Mata Kiri dengan pinhole : Pakai kaca mata / tanpa kaca mata*

b. Tajam Penglihatan Warna :

(beri tanda ✓)

- Tidak Buta Warna
- Buta Warna Parsial
- Buta Warna Total

<p><u>Pemeriksaan meliputi :</u></p> <p>VISUS ODS : TIO ODS : SEGMENT ANT ODS : FUNDUS ODS : ISHIHARA TEST ODS :</p>	
<p><u>KESIMPULAN</u> : <input type="checkbox"/> dalam batas Normal <input type="checkbox"/> Kelainan</p>	
<p>Nama Dokter Spesialis Mata</p>	<p>Tanda tangan**</p>

* Lingkari Pilihan Anda

**Wajib Stempel Basah Rumah Sakit pemerintah kota/kabupaten