# **ANEXO IV FICHA DE CLASSIFICAÇÃO OFTALMOLÓGICA**

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de nascimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naturalidade: Nacionalidade: Associação: Esporte:

(**A ser preenchido pelo oftalmologista do atleta**)

Histórico de baixa visão:

Tratamentos a que se submeteu:

Medicamentos que se utiliza:

Faz algum acompanhamento oftalmológico? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, aonde e com que frequência:

# **Acuidade visual**

Sem correção: OD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OE:

Com correção: OD: esf.: \_ cil.:

OE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_esf.: cil.:

Biomicroscopia: OD:

OE:

Fundoscopia: OD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tonometria de Aplanação: OD:

OE:

Campo Visual:OD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Assinatura e carimbo do médico