|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO 6** | **FICHA DE CLASSIFICAÇÃO OFTALMOLÓGICA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPETIÇÃO** | **XIII PARALIMPÍADAS ESCOLARES DE MS 2024**  |
| **MUNICÍPIO** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** |  | **Data nasc.** |  |
| **Naturalidade** |  | **Nacionalidade** |  |
| **Associação** |  | **Modalidade** |  |

**Campo preenchido pelo oftalmologista do atleta**

|  |  |
| --- | --- |
| **Histórico de baixa visão** |  |
|  |
| **Tratamentos submetidos** |  |
|  |
| **Medicamentos que utiliza** |  |
|  |
| **Faz algum acompanhamento oftalmológico? ( ) Sim ( ) Não**  |
| **Se 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:** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

 Local Data