

FORMULÁRIO OFTALMOLÓGICO DE ATLETA



DADOS PESSOAIS DO ATLETA

Nome Completo: _____ Registro: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Nacionalidade: _____

Naturalidade: _____

OS CAMPOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO OFTALMOLOGISTA

HISTÓRIA DA BAIXA VISÃO _____

TRATAMENTO A QUE SE SUBMETEU _____

MEDICAMENTOS QUE UTILIZA _____

ACUIDADE VISUAL COM CORREÇÃO	OD:		SEM CORREÇÃO		OD:	
	OE:		OE:		EIXO	
REFRAÇÃO	OD:	ESF	CIL	EIXO		
	OE:	ESF	CIL	EIXO		
	OD:					
BIOMICROSCOPIA	OE:					
FUNDOSCOPIA	OD:					
	OE:					
TONOMETRIA	OD:	mmHg	OE:	mmHg		
CAMPO VISUAL	OD:					
	OE:					

DIAGNÓSTICO: _____

DATA

ASSINATURA E CARIMBO
DO MÉDICO