

## 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:
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