

ANEXO VI - FICHA DE CLASSIFICAÇÃO OFTALMOLÓGICA



NOME COMPLETO:		
DATA DE NASCIMENTO:	NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:
MODALIDADE:	DELEGAÇÃO:	

(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 Aplanção: OD: _____ OE: _____

Campo Visual: OD: _____ OE: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico