ANEXO V - 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 Aplanação: OD: _____ OE: _____

Campo Visual: OD:_____ OE_____

Data:_____/_____/_____

_____

Assinatura e carimbo do médico