

FICHA CLÍNICA DE OPTOMETRIA

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: ☐ M ☐ F
Telefone: _____ Principais Atividades: _____

Termo de Consentimento Informado

Declaro para os devidos fins, estar esclarecido de que serei atendido por profissional **optometrista, não médico**, capacitado para prestar atendimento primário em saúde visual e ocular. Em caso de suspeita patológica detectada ou diante das informações fornecidas por mim sobre o meu histórico de saúde geral, caso haja algum possível acometimento visual, serei encaminhado á um profissional médico, o qual será responsável pela avaliação e conduta. Declaro ainda que sou responsável pelas informações do meu estado de saúde geral afirmadas por mim neste documento e estou ciente de que a prestação deste serviço não foi condicionada a comercialização de qualquer outro produto e ou serviço oferecido pelo profissional ou qualquer outro estabelecimento, ficando assegurado o direito da minha livre decisão quanto ao tratamento proposto neste atendimento.

Data: ____/____/____ Ciente: _____

ANAMNESE:

<input type="checkbox"/> EM TRATAMENTO DE SAÚDE GERAL	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> BAV LONGE / PERTO	<input type="checkbox"/> LENTES E / OU ARMAÇÃO DANIFICADOS
<input type="checkbox"/> HISTÓRICO DE PATOLOGIAS OCULARES	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> CEFALÉIA	<input type="checkbox"/> PERDA DOS ÓCULOS
<input type="checkbox"/> NEGA TRATAMENTOS DE SAÚDE GERAL	<input type="checkbox"/> LABIRINTITE	<input type="checkbox"/> IRRITAÇÃO / LACRIMEJAMENTO	<input type="checkbox"/> RETORNO PARA ATUALIZAÇÃO
<input type="checkbox"/> NEGA USO DE MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> TIREÓIDE	<input type="checkbox"/> FOTOSSENSIBILIDADE	<input type="checkbox"/> NUNCA USOU ÓCULOS

LENSOMETRIA / CORREÇÃO DE USO:

	ESF	CIL.	EIXO	ADIÇÃO
OD				
OE				
LENTE				

ACUIDADE VISUAL:

	SC/LONGE	SC/PERTO	CC/LONGE	CC/PERTO	PH
OD					
OE					
AO					

ÚLTIMO EXAME: _____ OBS: _____

EXAME SUBJETIVO:

	ESF	CIL.	EIXO	AV	ADIÇÃO	AV
OD						
OE						
AO						

RX FINAL

	ESF	CIL.	EIXO	AV	ADIÇÃO	AV
OD						
OE						
AO						

REFLEXOS PUPILARES:

		S	N
<input type="radio"/> ISOCÓRICAS, MIDRIÁTICAS	FOTORREAGENTES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> ISOCÓRICAS, MIÓTICAS	FOTORREAGENTES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> ANISOCÓRICAS	FOTORREAGENTES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> ISOCÓRICAS NORMAIS	FOTORREAGENTES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TIPO DE LENTE / CONDUTA:

☐ VISÃO SIMPLES

☐ MULTIFOCAIS

☐ NÃO PRESCRITO.

☐ _____

TRATAMENTOS:



☐ AR BLUE

☐ FOTOCROMÁTICA

☐ _____

☐ _____

OBSERVAÇÕES GERAIS E DEMAIS ACHADOS EM OUTROS EXAMES, TESTES E COMPLEMENTO DE ANAMNESE

	OD <input type="radio"/> SEM ALTERAÇÕES	
	OE <input type="radio"/> SEM ALTERAÇÕES	