

## Ficha clínica graduação em Optometria – Funcional

<b>1. Identificação pessoal</b>		Histórico clínico Nº _____	
Data: ____ / ____ / ____		Sexo: Mas. (    )    Fem. (    )	
Nome:			
RG:		Data último exame:	
Idade:	Ocupação:	DN: ____ / ____ / ____	
Endereço:			
Nome responsável:		Telefone:	

<b>2. Anamnese</b>
Motivo da Consulta – MC:
Tempo de queixa:

<b>2.1. Antecedentes pessoais e familiares gerais</b>

<b>2.2. Antecedentes pessoais oculares</b>			
Patologia	Sim	Não	Tipos de tratamentos
Trauma ocular			
Cirúrgicos			
Outros eventos:			

<b>3. Prescrição em uso</b>						
olho	esférico	cilíndrico	eixo	ADD	prisma	base
<b>VL OD</b>						
<b>VL OE</b>						
Tipo de lente						

<b>4. Acuidade visual</b>						
<b>Tipo de optotipo:</b>						
Visão de longe	<b>SC</b>	<b>CC</b>	<b>PH</b>	Visão de perto	<b>SC</b>	<b>CC</b>
<b>OD</b>				<b>OD</b>		
<b>OE</b>				<b>OE</b>		
<b>AO</b>				<b>AO</b>		

5. Motilidade ocular	
Kappa	OD
Hirschberg	OE
Duções	OD
	OE
Versões	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
Obs.	

6. Reflexos pupilares					
6.1. Fotomotor		6.2. Consensual		6.3. Acomodativo	
OD	OE	OD	OE	OD	OE
Obs.					

7. Forometria	
Teste utilizado	
	CC
Longe	SC
40 cm	
20 cm	
PPC	OR
	Luz
	Filtro
RFP	VL
RFN	VL
Obs.	

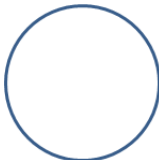
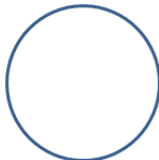
8. Visão de Cores	
Teste:	OD
	OE
Interpretação	

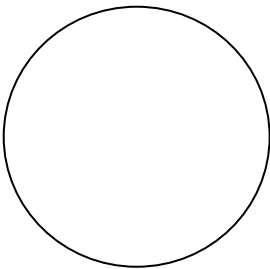
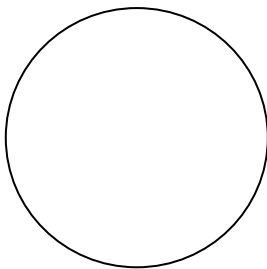
9. Amsler	
OD	OE
Obs.:	

<b>10. Estereopsia</b>	
<b>Teste</b>	

<b>11. Acomodação</b>			
<b>11.1. Amplitude de acomodação</b>		<b>11.2. Flexibilidade de acomodação</b>	
Método			
<b>OD</b>		<b>OD</b>	
<b>OE</b>		<b>OE</b>	
<b>Obs.</b>			

<b>12. Exame externo, Bruckner e oftalmoscopia direta</b>			
<b>12.1. Exame externo</b>			
<b>OD</b>		<b>OE</b>	
<b>12.2. Reflexo de Bruckner</b>		<b>OD</b>	<b>OE</b>
<b>Obs.</b>			

<b>12.3. Oftalmoscopia direta</b>	
<b>OD</b>	<b>OE</b>
<b>Papila:</b>	<b>Papila:</b>
Forma/definição	Forma/definição
Cor	Cor
Escavação	Escavação
Relação A/V	Relação A/V
Mácula	Mácula
Fixação	Fixação
Copa	Copa
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>OD</b>   </div> <div style="text-align: center;"> <b>OE</b>   </div> </div>	
<b>Obs.</b>	

13. Biomicroscopia		
Estrutura	OD	OE
Sobrancelhas		
Cílios		
Pálpebras		
Conjuntivas		
Escleróticas		
Córneas		
Íris		
Cristalinos		
Câmera anterior		
Observações:		

14. Ceratometria			
Aluno		Instrutor	
OD		OD	
OE		OE	
Obs.			

15. Retinoscopia			
Aluno		Instrutor	
<b>Estática</b>			
OD	AV	OD	AV
OE	AV	OE	AV
<b>Dinâmica</b>			
OD	AV	OD	AV
OE	AV	OE	AV
<b>Subjetivo</b>			
OD	AV	OD	AV
OE	AV	OE	AV
<b>Afinamento</b>			
OD	AV	OD	AV
OE	AV	OE	AV
<b>Adição</b>			
OD	AV	OD	AV
OE	AV	OE	AV

<b>16. RX final</b>				
Longe	esférico	cilíndrico	eixo	AV
OD				
OE				
Perto	esférico	cilíndrico	eixo	AV
OD				
OE				
ADD		DNP's		CO
<b>Obs.</b>				

<b>17. Diagnóstico</b>	
17.1. Visual	
17.2. Motor	
17.3. Acomodativo	
17.4. Ocular	

<b>18. Conduta</b>

**Termo de Autorização:** Recebi educação sobre cuidado visual e foi explicado o resultado do exame. Sou ciente de que o exame é praticado por um Optometrista, profissional encarregado de prevenir, diagnosticar e tratar alterações do sistema visual e motor.

Paciente: \_\_\_\_\_

Formando: \_\_\_\_\_

Instrutor: \_\_\_\_\_