

# Ficha Clínica de Optometria Funcional

## 1. Identificação Pessoal.

Histórico clínico Nº: \_\_\_\_\_

Data: Ano Mês Dia	Sexo: feminino Masculino
Nome	Sobrenome
RG	Data de nascimento
Idade	Origem
Ocupação	Hobbies
Endereço	Telefone de contato
Data do ultimo exame	Ajuda óptica prescrita
Encaminhado Por	Nome responsável

## 2. Anamnese.

Motivo da Consulta
Tempo da queixa

## Antecedentes Pessoais e familiares gerais

Patologia	P	F	Tipo de Tratamento
Vasculares			
Diabetes			
Imunes			
Neurológicos			
Outros			

## Antecedentes Pessoais e familiares Oculares

Patologia	Sim	Não	Tipo de Tratamento
Trauma Ocular			
Corpo Estranho			
Queimaduras			
Cirúrgicos			
Inflamações			
Catarata			
Glaucoma			
Cegueira			
Descolamento da			
Retina			
Toxoplasmose			
Estrabismo			
Alérgicos			
Pterígio			
Defeitos de			
Refração			
Outros:Qual --			
especifique			

## Sintomas referidos

Sintoma	Sim	Não	Sintoma	Sim	Não
Visão Borrada			Astenopia		
Cefaléia			Dor ocular		
Lacrimejamento			Ardência		
Olho Vermelho			Secreções		
Visão Dupla			Coceira		
Fotopsias -fosfenos			Fotofobia		
Miodesopsias			Halos		
Dor de cabeça			Estrabismo		
Outros: Qual					

## 3. Prescrição Em Uso: Lensometria

Olho	Esfera	Cilindro	Eixo	ADD	Prisma	Base
VL OD						
VL OE						
VP OD						
VP OE						

OBS:

TIPO DE LENTE	
MATERIAL	
COR	
GRADO	

## 4. Acuidade Visual:

Tipo de Optotipo: \_\_\_\_\_

Visão de Longe	SC	PH	CC	Visão de Perto	SC	CC
OD				OD		
OE				OE		
AO				AO		

## 5. Motilidade Ocular

Kappa	OD	OE
Hirschberg		
Duções	OD	OE

Versões

--	--	--	--	--	--

Observações:

Avaliação dinâmica do sistema pupilo motor

FOTOMOTOR		CONSENSUAL		ACOMODATIVO	
OD	OE	OD	OE	OD	OE

BALANÇO: PIRRLANMG

## 6. Biomicroscopia com lâmpada de fenda

Estrutura	OD	OE
Sobrelhas		
Cílios		
Pálpebras		
Conjuntivas		
Escleróticas		
Córneas		
Íris		
Cristalinos		
Câmara anterior		
Observações:		

# 7. Oftalmoscopia:

1. distância	
Bruckner	

Técnica direta:

Aspecto Olho Direito	Aspecto Olho Esquerdo
Papila	Papila
Escavação	Escavação
Mácula	Mácula
Fixação	Fixação
Relação A-V	Relação A-V
Cor	Cor
Lente	Lente
Observações	

# 8. Ceratometria

OD		OD	
OE		OE	
Observações:			
Tipo de Ceratometro:			

# 9. Retinoscopia

Estática	AV	Instrutor	AV
OD		OD	
OE		OE	
Dinâmica:			
AV	Instrutor	AV	
OD		OD	
OE		OE	
Subjetivo:			
AV	Instrutor	AV	
OD		OD	
OE		OE	
Afinamento:			
AV	Instrutor	AV	
OD		OD	
OE		OE	
Adição: Nível			
AV	Instrutor	AV	
OD		OD	
OE		OE	

# 10. Forometria

Teste Utilizado			
CC		SC	
Visão De Longe			
40 Cm			
20 Cm			
PPC	OR		Luz
			Filtro
RFP	VL	VP	
RFN	VL	VP	
Olho		AA	Flexibilidade
OD			OD
OE			OE
Método		Nível Visual	Dt

# 11. Visão de Cor

Teste:	OD	OE
Interpretação		

# 12. Amsler OD OE

# 13. Estereopsia

--

# 14. Rx Final

Longe	Esfera	Cilindro	Eixo	AV
OD				
OE				

Rx Perto	Esfera	Cilindro	Eixo	AV
OD				
OE				
ADD		DP		
Material		Filtro / Cor		
Uso		Tipo de Lente		
Observações				

# 15. Diagnostico

Visual	
Motor	
Ocular	

# 16. Conduta Visual

Visual	
Motor	
Ocular	

Assinatura e carimbo acadêmico:

Visto e carimbo do instrutor

Termo de Autorização: Recebi educação sobre cuidado visual e foi explicado o resultado do exame. Sou ciente de que o exame e praticado por um Profissional da área da saúde não medico: Optometrista, o qual é um fisiologista visual encarregado de prevenir, diagnosticar e tratar alterações do sistema visual e motor.

Assinatura Paciente

Assinatura Doutor responsável pela clínica: