



DADOS PESSOAIS

Nome: _____
Nome da mãe: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Idade: _____ Sexo: _____ Cartão SUS: _____ Telefone de contato: _____
Endereço: _____

Oftalmologia (Nível Primário – Secundário)

- ☐ Conjuntivite bacteriana – H 10.0 sem resolução após 3 dias de tratamento;
☐ Retinopatia Hipertensiva - H 35.0;
☐ Risco de retinopatia da prematuridade – H 35.1;
☐ Retinopatia Diabética – H 36.0;
☐ Outros – Especificar _____

justificativa de encaminhamento prioritário – citar achados clínicos essenciais, níveis de PA e glicemia.*

Especificar os tratamentos previamente empregados e os medicamentos atualmente em uso:

Para diabéticos hipertensos o paciente deverá levar ao especialista os exames e relatórios oftalmológicos prévios quando existentes

Data ____/____/____ Médico solicitante: _____ CRM –DF _____

Oftalmologia (Nível secundário – Secundário / terciário)

- ☐ Alergia ocular que não responde a tratamento clínico oftalmológico com colírio antialérgico de uso rotineiro;
☐ Uveíte anterior ou posterior complicadas ou que não respondam aos tratamentos convencionais;
☐ Catarata complicada em que haja necessidade de vitrectomia – H26;
☐ Cirurgia de médio e grande porte de pálpebra e conjuntiva;
☐ Glaucoma que não responde a tratamento monoterápico e glaucoma complicado – H40;
☐ Patologia complicada de córnea que necessite de transplante;
☐ Estrabismo de resolução clínico cirúrgico não disponível no hospital – H50;
☐ Patologia clínica de retina que necessita de laserterapia, vitrectomia ou cirurgia para correção de deslocamento de retina – H35;
☐ Outros – Especificar (vide verso) _____

Biomicroscopia _____

Fundoscopia _____

Tonometria - O.D. _____ O.E. _____

Refração – O.D. _____ O.E. _____

Acuidade Visual – O.D. _____ O.E. _____

Tratamentos clínicos ou cirúrgicos realizados no paciente e exames complementares:

Data: ____/____/____ Médico solicitante: _____ CRM –DF _____

Unidade Solicitante: _____ CID – 10 _____

Encaminhar para o ambulatório de: ☐ Córnea e doenças externas ☐ Úvea ☐ Glaucoma ☐ Catarata
☐ Retina – RN ☐ Ecografia ocular ☐ Procedimentos ambulatoriais ☐ Estrabismo ☐ Retina e Vítreo
☐ Cirurgia oftalmológica ☐ Outros _____

MARCAÇÃO SOB REGULAÇÃO:

RISCO BAIXO ☐

MÉDIO ☐

ALTO ☐

LISTA DE CIDS MAIS UTILIZADOS EM OFTALMOLOGIA

H00.1 Calázio	H30.0 Inflamação coriorretiniana focal
H01.0 Blefarite	H31.0 Cicatrizes coriorretinianas
H02.0 Entropião e triquíase da pálpebra	H31.3 Hemorragia e rotura da coróide
H02.1 Ectropião da pálpebra	H33.2 Deslocamento seroso da retina
H02.2 Lagoftalmo	H33.4 Deslocamento da retina por tração
H02.3 Blefarocalásia	H34.1 Oclusão da artéria retiniana central
H02.4 Ptose da pálpebra	H34.8 Outras oclusões vasculares retinianas
H10.0 Conjuntivite mucopurulenta	H35.1 Retinopatia da prematuridade
H10.1 Conjuntivite aguda atópica	H35.3 Degeneração da mácula e do pólo posterior
H10.2 Outras conjuntivites agudas	H35.6 Hemorragia retiniana
H10.4 Conjuntivite crônica	H40.1 Glaucoma primário de ângulo aberto
H11.0 Pterígio	H40.2 Glaucoma primário de ângulo fechado
H11.3 Hemorragia conjuntival	H40.3 Glaucoma secundário a traumatismo ocular
H11.4 Outros transtornos vasculares e cistos conjuntivais	H49.0 Paralisia do terceiro par (oculomotor)
H16.0 Úlceras de córnea	H49.1 Paralisia do quarto par (troclear)
H16.2 Ceratoconjuntivite	H49.2 Paralisia do sexto par (abducente)
H16.3 Ceratites intersticial e profunda	H49.3 Oftalmoplegia total (externa)
H17.0 Leucoma aderente	H50.0 Estrabismo convergente concomitante
H18.2 Outros edemas da córnea	H50.1 Estrabismo divergente concomitante
H18.6 Ceratocone	H50.2 Estrabismo vertical
H20.0 Iridociclite aguda e subaguda	H50.5 Heteroforia
H21.0 Hifema	H52.0 Hipermetropia
H25.0 Catarata senil incipiente	H52.1 Miopia
H25.1 Catarata senil nuclear	H52.2 Astigmatismo
H26.0 Catarata infantil, juvenil e pré-senil	H52.4 Presbiopia
H26.1 Catarata traumática	H53.2 Diplopia
H26.2 Catarata complicada	H53.4 Defeitos do campo visual
H27.1 Deslocamento do cristalino	H27.1 Distúrbio visual não especificado

Observações: _____

----- **SOLICITAÇÃO DE RETORNO** -----

Data ____/____/____ Médico solicitante: _____ CRM-DF _____
Unidade Solicitante: _____
CID-10 _____ Nome do ambulatório: _____

Data ____/____/____ Médico solicitante: _____ CRM-DF _____
Unidade Solicitante: _____
CID-10 _____ Nome do ambulatório: _____

Data ____/____/____ Médico solicitante: _____ CRM-DF _____
Unidade Solicitante: _____
CID-10 _____ Nome do ambulatório: _____