

Identificação		Código: 10859
Nome: CLARI RODRIGUES DOS SANTOS FELIX		Data Nasc: 12-08-1958
Mãe: GELMIRA SEBASTIANA DE MORAIS		
CPF: ____-____-____	RG: 3208816	
End: AV. DAS PALMEIRAS		
Telefone: 62 9332-1386	Cidade: Gameleira de Goiás	Estado: Goiás
Histórico		
<input checked="" type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DMI <input checked="" type="checkbox"/> DMII <input type="checkbox"/> Usa Insulina <input type="checkbox"/> Glaucoma na família Quem?: _____ <input type="checkbox"/> Usa colírio Qual?: _____ <input type="checkbox"/> Já fez cirurgia ocular Qual e Quando?: _____		
Exame		
Acuidade Visual	<input type="checkbox"/> cc <input type="checkbox"/> sc	OD: _____ OE: _____
Retinografia	<input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OE	Nº: _____
Parecer: Ambos os olhos: Nervo ótico de escavação e aspecto normal. Vasos retinianos tortuosos. Presença de exsudatos e microaneurismas. Retinopatia Diabética Grave em AO.. Realizar controle glicêmico rigoroso e fundoscopia a cada 3 meses. Considerar tratamento com antiangiogênicos e fotocoagulação a laser após exames.		
Impressão Diagnóstica		
<input type="checkbox"/> Normal, não há doença detectada a retinografia <input type="checkbox"/> Catarata: <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OE Suspeita de Glaucoma: Escavação OD: _____ OE: _____ Nervo Óptico: _____ D.M.R.I: <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> OE <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Úmida Retinopatia Diabética <input checked="" type="checkbox"/> OD <input checked="" type="checkbox"/> Não Proliferativa <input type="checkbox"/> Proliferativa <input type="checkbox"/> Neovasos Disco <input type="checkbox"/> E.M.D <input checked="" type="checkbox"/> OE <input checked="" type="checkbox"/> Não Proliferativa <input type="checkbox"/> Proliferativa <input type="checkbox"/> Neovasos Disco <input type="checkbox"/> E.M.D Alteração Macular: _____ Outros: _____		
Conduta		
<input type="checkbox"/> Orientado a cuidados oculares <input checked="" type="checkbox"/> Sugerido enc. para Avaliação Oftamológica <input type="checkbox"/> Sugerido tratamento clínico <input checked="" type="checkbox"/> Sugerido exame complementar oct (tomografia de coerência óptica) de mácula de ambos os olhos Angiofluoresceinografia <input type="checkbox"/> Sugerido cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Sugerido Laser <input checked="" type="checkbox"/> Sugerido Anti-angiogênico Outros: _____		
Médico Avaliador: Hiran Gallo - CRM: 15272		