

**AVALIAÇÃO OFTALMOLOGICA****Nome do Paciente:** MANOEL CASTRO SILVA**Prontuario:** 852352**Idade:** 38 ano(s) 10 mes(es) 25 dia(s)**Sexo:** Masculino**Atendimento:** 222361/2018**Data:** 26/07/2018 08:04**Unidade:** SECONCI - UC**Empresa:****Função:****Acuidade Visual****Sem** **OD:** MM  
**Correção** **OE:** 20\20**Com** **OD:**  
**Correção** **OE:****Biomicroscopia****OD:** leucoma central**OE:** pterigeo nasal grau II**Fundoscopia****OD:** impossivel**OE:** ndn**Avaliação**

Paciente de 38 anos, com cicatriz corneana importante em OD, por sequela de trauma aos oito anos (sic). Olho esquerdo apresenta pterigeo nasal grau II, sem outras alterações à biomicroscopia anterior e de fundo de olho. Fuindo de olho direito impossível por opacidades de meios.

Acuidade visual de percepção de movimentação de mãos em olho direito e 20\20 sem correção em olho esquerdo.

Paciente encontra-se com quadro estável ha mais de 30 anos (sic), sem grandes possibilidades de alteração do quadro, na ausência de novo trauma. Grata.

CID: H54.4

H17.1

SIMONE SOUZA PORTO

CRM : 172129

- SP

NÃO  
EM  
CONVÊNIO

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SBIS-CFM nº 030, por SIMONE SOUZA PORTO, às 08:47 -03:00 de 26/07/2018.  
0c1a3ff9e335a4089dabdc73ec2d95eff4f5bae17f05347d5b979cb164e6e516

AV.FRANCISCO MATARAZZO, 74 - PERDIZES - SAO PAULO - SP - Cep 05001-000

PABX: (11) 36645050 -

Central de agendamento de consultas e exames: (11) 3664-5700

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO  
SERVIÇO MÉDICO**

**Nome do Paciente:** MANOEL CASTRO SILVA

**Prontuário:** 852352

**Idade:** 38 ano(s) 10 mes(es) 25 dia(s)

**Sexo:** Masculino

**Atendimento:** 222361/2018

**Data:** 26/07/2018 08:04

**Unidade:** SECONCI - UC

**Nº**

Solicitante	Tipo de Atendimento	Caráter de Atendimento
<input type="checkbox"/> Seconci - Unidade Central <input type="checkbox"/> Seconci - Unidade Externa <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Check-Up <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Assistencial <input type="checkbox"/> Admissional <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Demissional <input type="checkbox"/> Mudança de Função <input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Rotina

**Peso:** Kg

**Hipótese Diagnóstica:**

**Exame Físico Específico**

leucoma corneano a direita

**NÃO É CONVÊNIO**

**Exame Solicitados**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 8808 - Audiometria                              | <input type="checkbox"/> 8817 - Espirometria                         |
| <input type="checkbox"/> 88081 - Impedânciometria                        | <input type="checkbox"/> 8821 - Mapeamento de Retina                 |
| <input type="checkbox"/> 8800 - Topografia Corneana (Ceratoscopia)       | <input type="checkbox"/> 8823 - Teste Otoneurológico                 |
| <input type="checkbox"/> 8809 - Campimetria Computadorizada (Campo Visua | <input type="checkbox"/> 8822 - Nasofibroscopia                      |
| <input type="checkbox"/> 8829 - Teste Ergométrico                        | <input type="checkbox"/> 51010046 - Audiometria Vocal                |
| <input type="checkbox"/> 8812 - Ecocardiograma                           | <input type="checkbox"/> 29020077 - Espirometria com Broncodilatador |
| <input type="checkbox"/> 88141 - Eletroencefalografia                    | <input type="checkbox"/> 23010053 - Retossigmoidoscopia Rígida       |
| <input type="checkbox"/> 8816 - Endoscopia                               | <input type="checkbox"/> 8828 - Retinografia Computadorizada         |
| <input type="checkbox"/> 88391 - Fotocoagulação (Laser) - Por Sessão     | <input type="checkbox"/> 8810 - Colposcopia                          |
| <input type="checkbox"/> 8840 - Paquimetria Ultrassônica                 | <input type="checkbox"/> 8831 - Tomografia de Coerência Óptica       |
| <input type="checkbox"/> 8813 - Eletrocardiograma                        | <input type="checkbox"/> 8845 - Teste Ortóptico                      |
| <input type="checkbox"/> 8836 - Vulvoscopia                              | <input checked="" type="checkbox"/> Outro(S)                         |

oftalmologia-serviço de córnea que realize transplante

**Encaminhado para**

avaliar indicação de transplanete em olho direito

Assinatura do Paciente



SIMONE SOUZA PORTO

CRM : 172129

- SP

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SBIS-CFM nº 030, por SIMONE SOUZA PORTO, às 08:49 -03:00 de 26/07/2018.  
5ee0bbddda3a0ec815d83629338f4e8227c5a70cbf9864a3a32a5ab0f82c4ff8

AV.FRANCISCO MATARAZZO, 74 - PERDIZES - SAO PAULO - SP - Cep 05001-000

Central de agendamento de consultas e exames: (11) 3664-5700