



DADOS PESSOAIS

Nome: _____
Nome da mãe: _____ Data 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 e hipertensos o paciente deverá levar ao especialista os exames e relatórios oftalmológicos prévios quando existentes.

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

Unidade Solicitante: _____

Oftalmologia (Nível secundário - Secundário/terciário)

- ☐ Alergia ocular que não responda 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 médo 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 descolamentos 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 ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐