

FICHA PARA CLASSIFICAÇÃO OFTALMOLÓGICA

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Associação: _____ Esporte: _____

(A ser preenchido pelo oftalmologista do atleta)

Histórico de baixa visão: _____

Tratamentos a que se submeteu: _____

Medicamentos que se utiliza: _____

Faz algum acompanhamento oftalmológico? () Sim () Não

Caso sim, aonde e com que frequência: _____

Agudeza visual

Sem correção: OD: _____

OE: _____

Com correção: OD: _____ esf.: _____ cil.: _____

OE: _____ esf.: _____ cil.: _____

