

FORMULÁRIO OFTALMOLÓGICO DE ATLETA

DADOS PESSOAIS DO ATLETA

Nome Completo: _____ Registro: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Nacionalidade: _____

Naturalidade: _____

OS CAMPOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO OFTALMOLOGISTA

HISTÓRIA DA BAIXA VISÃO _____

TRATAMENTO A QUE SE SUBMETEU _____

MEDICAMENTOS QUE UTILIZA _____

ACUIDADE VISUAL COM CORREÇÃO	OD:	SEM CORREÇÃO	OD:
	OE:		OE:

REFRAÇÃO	OD:	ESF	CIL	EIXO
	OE:	ESF	CIL	EIXO

BIOMICROSCOPIA

OD: _____

OE: _____

FUNDOSCOPIA

OD: _____

OE: _____

TONOMETRIA	OD:	mmHg	OE:	mmHg
------------	-----	------	-----	------

CAMPO VISUAL

OD: _____

OE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

DATA

ASSINATURA E CARIMBO
DO MÉDICO