



**FORMULÁRIO OFTALMOLÓGICO DE ATLETA DADOS PESSOAIS DO ATLETA**  
**DADOS PESSOAIS DO ATLETA**

Competição: \_\_\_\_\_  
Nome : \_\_\_\_\_ 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:  
OE:

\_\_\_\_\_

ACUIDADE VISUAL SEM CORREÇÃO OD:  
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 MÉDICO