

Identificação

Nome

Idade

Data de nascimento

Profissão

Naturalidade

Nacionalidade

Endereço

Acuidade Visual

Pela escala de Snellen

Pela escala de Weker

S/Correção: OD

OE

S/Correção: OD

OE

C/Correção: OD

OD

C/Correção: OD

OD

Informar as ametropias existentes para cada olho (em dioptrias)

OD

OE

Fundo de olho

OD

OE

Motilidade Ocular (Extrínseca e Intrínseca)

Senso Cromático

Biomicroscopia (em separado para cada olho)

OD

OE

Tonometria para cada olho

OD

OE

Diagnóstico

LAUDO OFTALMOLÓGICO

Etiologia

--

Há quanto tempo o paciente apresenta tal(is) afecção(ões)?

Segundo conhecimento pessoal

--

Segundo informações obtidas

--

Local e data

Nome do médico

--	--

Atenção: é indispensável o carimbo do médico declarante com o número do CRM. Favor utilizar letra legível em todos os campos.