

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

Eu _____, portador do RG: _____ E CPF: _____ na data de ____/____/____, declaro para todos os fins estar ciente de que serei atendido por um Profissional Optometrista, profissional da saúde visual não médico, capacitado, para prestar atendimento primário da saúde ocular. Declaro ainda que a prestação deste serviço não está condicionada a comercialização de nenhum produto oferecido pelo estabelecimento.

Assinatura: _____

ANAMNESE

Nome Completo: _____ Sexo : M F

Endereço: _____ nº _____ Complemento: _____

Cep: _____ Bairro: _____ Município: _____ Idade: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____ Data Nascimento: ____/____/____

Já fez Exame de vista : Não Sim Data da ultima Consulta : ____/____/____

PRINCIPAL MOTIVO DA CONSULTA

- AV LONGE AV PERTO CEFALEIA TONTURA DOR OCULAR PRURIDO
 EPÍFORA FOTOFOBIA HALOS COLORIDOS OSCILOPSIA

ANTECEDENTES PESSOAIS

- DIABETES HIPERTENSÃO LABIRINTITE GLAUCOMA PTERÍGIO
 CIRURGIA NOS OLHOS: _____

ANTECEDENTES FAMILIAR

- DIABETES HIPERTENSÃO GLAUCOMA

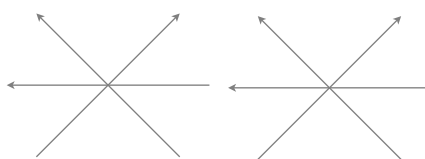
LENSÔMETRIA

	ESFÉRICO	CILÍNDRICO	EIXO	AV C/C	ADIÇÃO	AV C/C
OLHO DIREITO						
OLHO ESQUERDO						

ACUIDADE VISUAL S/C

	LONGE
OLHO DIREITO	20/ _____
OLHO ESQUERDO	20/ _____
	PERTO
OLHO DIREITO	J _____
OLHO ESQUERDO	J _____

VERSÕES



- S/ALTERAÇÃO
 CLICK PARCIAL CLICK TOTAL

COVER TEST

SEM CORREÇÃO

VISÃO LONGE _____

PERTO 40 CM _____

COM CORREÇÃO

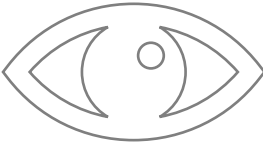
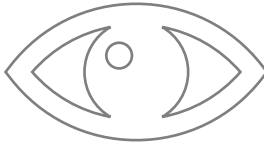
VISÃO LONGE _____

PERTO 40 CM _____

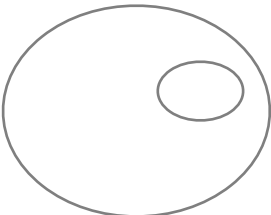
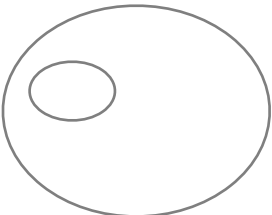
PPC

- DORSO _____ CM BORDELINHA _____ CM INSUFICIÊNCIA _____ CM

BIOMICROSCOPIA

Sombrancelha		OD		OE											
Pálpebras			<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>												
Cílios															
Córnea															
Cílios															
Conjuntiva															
Esclera															
Cristalino															
Pupila															

OFTALMOSCOPIA

Cor		OD		OE											
Papila			<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>												
Escavação															
R - A/V															
Mácula															
Fixação															
Lente															

PPA **NORMAL** **EA** **IA** _____ **CM**

PRESCRIÇÃO ÓPTICA

	ESFÉRICO	CILÍNDRICO	EIXO	AV C/C	ADIÇÃO	AV C/C
OLHO DIREITO						
OLHO ESQUERDO						

LUZES DE WORTH

- Fusão
 Rivalidade Retiniana
 Supressão OD OE
 Ausente

OBSERVAÇÃO

DECLARAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO

Eu _____, portador do RG: _____, declaro ter sido orientado(a) a procurar um profissional médico por suspeita de alteração patológica detectada no exame do Optometrista e que a responsabilidade pela conduta clínica ficará a cargo do profissional médico escolhido por mim.

Assinatura: _____