

PARALIMPIADAS
ESCOLARES
2014

ANEXO IV
FICHA DE 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:

Acuidade visual

Sem correção: OD: _____
OE: _____

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

Biomicroscopia: OD: _____
OE: _____

Fundoscopia: OD: _____
OE: _____

Tonometria de Aplanção: OD: _____
OE: _____

Campo Visual: OD: _____
OE: _____

Data

Assinatura e carimbo do médico

