

FORMULÁRIO DE TRIAGEM OFTALMOLÓGICA DATA: ___/___/___**INFORMAÇÕES DO PACIENTE**

*Nome:		Idade:
Data Nascimento:	Sexo: () Masculino () Feminino	*Telefone:
Endereço:		
Cidade/Estado:	Encaminhado por:	

ANTECEDENTES PESSOAIS

() Diabetes () Hipertensão () Outros:
Medicamentos em uso:

***INFORMAÇÕES DE TRIAGEM**

Quando baixa visão () OD _____ () OE _____		Outros:	
	*REFRAÇÃO - LONGE	ADIÇÃO	AV
OD			
OE			
*BIO:	* () PIO ____ h		
_____ *Catarata: () ausente () Nuclear () SCP () Central ++++/4 Circule intensidade	OD _____ OE _____ M.ext.		
*FO: _____			
*HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS			
*MÉDICO/CARIMBO			
Conduta:			

Preenchimento Obrigatório*OBSERVAÇÃO:**

Após recebimento desta ficha preenchida pelo médico, sua consulta só será agendada se for aprovada pela Comissão de Triagem de acordo com as normas e critérios desta Instituição.

Caso o médico oftalmologista tenha preferência de utilizar seu próprio receituário, será aceito desde que conste as informações de preenchimento obrigatório (*) conforme acima.