

## FORMULÁRIO OFTALMOLÓGICO DE ATLETA

### DADOS PESSOAIS DO ATLETA

Competição: \_\_\_\_\_  
 Nome Completo: \_\_\_\_\_ 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:	SEM CORREÇÃO	OD:
	OE:		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  
DO MÉDICO