

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO OFTALMOLÓGICA

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____ Delegação: _____

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

realização:



COMITÊ PARALÍMPICO
BRASILEIRO



patrocínio:



GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

