

Nome	Sobrenome	Número HAS _____
-------------	------------------	-------------------------

Data	O Masc. O Fem.	Data de nascimento	Idade (anos) O Não tem certeza
Evento	Localidade	O Atleta O Parceiro Unificado	Esporte
Delegação		Programa SO	

Histórico

Esta é a primeira vez que faz um Exame "SOLCIOE"?
 Sim Não

Quando foi seu último exame oftalmológico?

- Há menos de 1 ano
 1-3 anos
 Mais de 3 anos
 Nunca
 Não sabe

Você usa lentes corretivas (óculos ou lentes de contato)?

- Sim Não
 Rx Padrão Tempo integral Apenas para perto
 Apenas para longe Esporte
 Rx Esportes Tempo integral
 Esporte
 Lentes de contato Macia
 RGP (rígida)

Você sente alguns dos sintomas abaixo

- Dificuldade de enxergar
 Longe
 Perto
 Dores de cabeça
 Sensibilidade à luz
 Visão dupla
 Longe
 Perto



Você já teve uma:

Lesão Detalhes: _____
 Cirurgia Detalhes: _____
 Infecção Detalhes: _____

Exame

Favor assinalar uma Prescrição atual

	O Sem Rx Esfera	O Com Rx Cilindro	O Com lentes de contato Eixo	ADD	PD
Olho direito					/
Olho esquerdo					

Aprov. Não aprov. **Acuidade visual LONGE** Teste não possível Teste não possível
OD 20 / ____ **OE** 20 / ____
 Lea Outro: _____
 Locomoção
 Projeção de luz
 Percepção de luz
 Sem percepção de luz
 Outro

Aprov. Não aprov. **Acuidade visual PERTO** Teste não possível Teste não possível
AO 20 / ____
 Lea Outro: _____

Apro v. Não Aprov. **Teste de cobertura** Teste não possível
 Longe orto foria tropia
 eso exo hiper
 faixa 02-99 ____

O Nistagmo Latente Constante faixa 02-99 ____ Intermitente
 Perto orto foria tropia
 eso exo hiper
 faixa 02-99 ____

Nome	Sobrenome	Número HAS _____
-------------	------------------	-------------------------

O Constante O Intermitente
Faixa 02-99 ____

Aprov. Não **Visão de cores**
Aprov. Teste não possível Teste 1 ____ / 9 Se menos que 8/9 Teste 2 ____ / 9

Não Aprovar se Teste 2 < 9
Aprov. Não **Estereopsia**
Aprov. Teste não possível ____ / 6

Não Aprovar se < 5/6 correto

Auto-refração

<input type="checkbox"/> Teste não possível	OD	Esfera	Cilindro	Eixo
<input type="checkbox"/> Teste não possível	OE			

Saúde Ocular

Aprov. Não **Externa**
Aprov.
Registrar todas as anormalidades e se há necessidade de encaminhamento

Olho direito

Teste não possível
 Normal
 Anomalia de pálpebra
 Blefarite
 Conjuntivite
 Pterígio/pingücula
 Anomalia da córnea
 Ptose
Anormalidade

Olho esquerdo

Teste não possível
 Normal
 Anomalia da pálpebra
 Blefarite
 Conjuntivite
 Pterígio/pingücula
 Anomalia da córnea
 Ptose
Anormalidade

Aprov. Não **Interna**
Aprov.
Registrar todas as anormalidades e se há necessidade de encaminhamento

Teste não possível Teste não possível

OD <input type="checkbox"/> Normal	OE <input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Anomalia da íris	<input type="checkbox"/> Anomalia da íris
<input type="checkbox"/> Catarata	<input type="checkbox"/> Catarata
<input type="checkbox"/> Coloboma	<input type="checkbox"/> Coloboma
<input type="checkbox"/> Anomalia retinal	<input type="checkbox"/> Anomalia retinal
<input type="checkbox"/> Anomalia do nervo óptico	<input type="checkbox"/> Anomalia do nervo óptico
<input type="checkbox"/> Suspeita de glaucoma	<input type="checkbox"/> Suspeita de glaucoma
<input type="checkbox"/> Nistagmo	<input type="checkbox"/> Nistagmo
Anormalidade	Anormalidade

Aprov. Não **Pupilas**
Aprov. Teste não possível

O Normal O Anormal Anormalidade:

Aprov. Não **PIO (pressão intra-ocular)**
Aprov. Teste não possível

OD	OS
----	----

Opcional

	Retinoscopia	Refração
Olho direito	20/ ____	20/ ____
Olho esquerdo	20/ ____	20/ ____
		Perto Acrescentar 20/ ____

Recomendações

Sem novo Rx Sem recomendação de óculos Nenhuma recomendação de mudança de óculos

Novo Rx
 Rx Tempo Integral

	Esfera	Cilindro	Eixo	Distância AV	AV Perto (AO)	ADD
Olho direito				20 / ____	20 / ____	
Olho esquerdo				20 / ____		

Distância apenas
Olho direito
Olho esquerdo

			20 / ____
			20 / ____

Nome	Sobrenome	Número HAS _____
-------------	------------------	-------------------------

Apenas para trabalho de perto

Olho direito					20 / ____
Olho esquerdo					20 / ____

Óculos para esportes

- Plano
- Rx

Olho direito				20 / ____	20 / ____
Olho esquerdo				20 / ____	

Óculos escuros (plano)

Encaminhamento

Encaminhamento para:

- Optometrista
- Oftalmologista
- Neurologista
- Clínico Geral
- Outro

--	--

Comentários adicionais

--