



**jergs**  
Jogos Escolares do  
Rio Grande do Sul

**GOV**  
**RS**  
NOVAS FAÇANHAS  
NA EDUCAÇÃO

## FICHA DE CLASSIFICAÇÃO OFTALMOLÓGICA

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_

CRE: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Agudeza 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