



APÊNDICES

APÊNDICE IV:

Folha de Registo do Paciente

FOLHA DE REGISTO DO PACIENTE

Notas/Observações:	Nome:	
	Morada:	
	Código Postal:	Cidade:
	Tel. Casa:	Trabalho:
	Local de Nascimento:	Data de Nascimento:
	Médico de Família:	Local:
	Ocupação:	Data:

Idade, Raça, Sexo:

Motivo da Visita

História Ocular pessoal (Refractiva):	Sintomas Oculares:
None:	

História Ocular Pessoal (Saúde):	História de Saúde Geral Pessoal (Passado e Presente):

Data do Último Exame:	Data do último Exame Médico:
Quem/Onde:	Quem/Onde:

Historial Ocular Familiar:	Historial Familiar Geral (Passado e Presente):

Medicação, dosagem, frequência, condição:	Alergias (Fármacos, Geral):

FOLHA DE REGISTO DO PACIENTE

AV	(-) Rx		(+) Rx		PH	(+)Rx LC		Estado LC (ELF)
	Longe	Perto	Longe	Perto	Longe	Longe	Perto	
OD			OD			OD		
OS			OS			OS		
OU			OU			OU		

AA (Donders)	Visão das Cores		Estereopsia	PPC (cm)	Versões	DP (mm) (D/N)
OD OS	OD OS	"				
OU	Test:	Test:	Obj Subj /	OD OS		

CT	CF	Pupilas
(D) cc / sc	OD	E R R () MG
(N) cc / sc	OS	
		Dia Escuro/Luz Pupil o:

Queratometri	OD	- x @ D	Miras	OD	mm @	OS	mm @
a							
	OS	- x @ D	Miras		mm @		mm @
Objectivo	OD		AV				
	OS		AV				
Subjetivo	OD		AV				
	OS		AV				
		Foroptero	Armação de Prova	ODS			

Perto

ADD Tentativa	OD	ARN	Add Equilibrio:
Idade #cill AA	OS	ARP	

Longe

Forias (H)		Maddox	VG
Vergências (H)	BI / / BO	/ /	
Forias (V)		Maddox	VG
Vergências (V)	BS _{OD} / Bl _{inf} _{OD}	/	

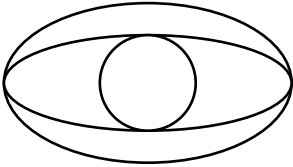
Perto

Forias (H)		Maddox	VG
Vergências (H)	BI / / BO	/ /	
Forias (V)		Maddox	VG
Vergências (V)	BS _{OD} / Bl _{inf} _{OD}	/	

Teste Final Rx	<input type="checkbox"/> Tal como na refração subjetiva	OD AV ADD D AV	OS AV ADD D AV	DT Interv alo	cm tot cm
	Notas:				

FOLHA DE REGISTO DO PACIENTE

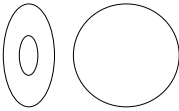
OD



Exame com Lâmpada de Fenda

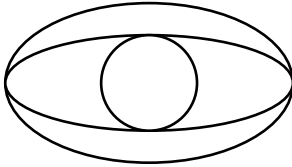
Pálpebras
Conjuntiva
Córnea
Filme Lacrimal
Íris
Cristalino

Câmara Anterior

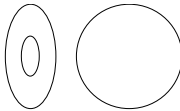


T: N: AC Ângulo (VH) T: N:

Fotografia



OS

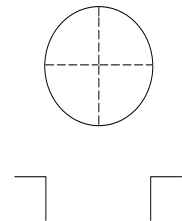


T OD / / = mmHg
GM OS / / = mmHg
PK gtts @ :
NCT Indiquei ao paciente para não coçar os olhos nos próximo 30 minutos. ☐
PAQUI

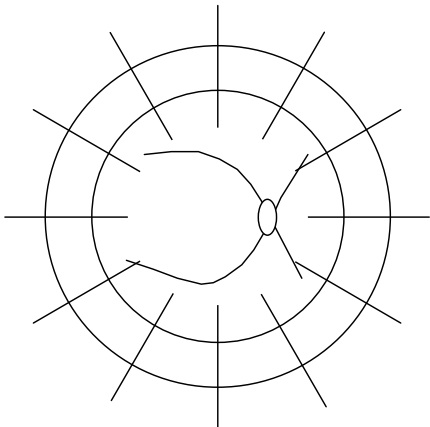
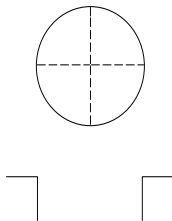
OD ☐ Fotografia ☐ OD OS
MIO ☐
BIO ☐
VOLK ☐

Fundoscopia

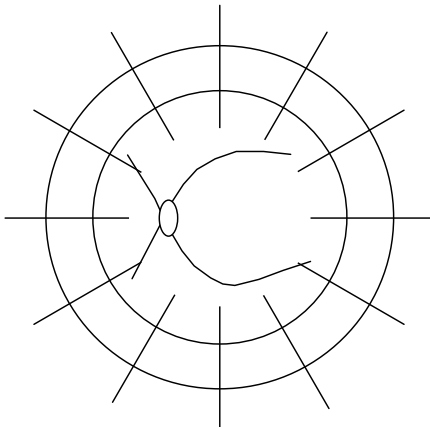
Sem Dilatação ☐ Dilatação ☐ Com
gtts % @ :
gtts % @ :
O Paciente foi informado dos efeitos secundários potenciais da medicação ☐



Cup/Disk (H/V)
Anel Neuro Retiniano
Regra ISNT
Cruzamentos AV
Pulso Venoso
Lamina Crívosa



HR AS Vasos Sanguíneos HR AS
Macula
Reflexo Foveal
Vítreo
Periferia



	Rx Final	Add	Tipo	DP (D/N)	Prisma	Material	Alt Seg.	C.B.	Tint/AR
OD				/ mm	Δ		mm	D	
OS				/ mm	Δ		mm	D	

Rx para: Permanente Longe Perto PRN

	Rx Final	Add	Tipo	DP	Prisma	Material	Alt Seg.	C.B.	Tint/AR
OD				/ mm	Δ		mm	D	

