|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Identificação do Médico Assistente:** | | |  | | |  |
| **Nome:** | | | **CRM:** | | | **Telefone:** |
| 1. **Termo de Responsabilidade:** 2. Em conformidade com a Resolução CFM 1614/2001, autorizo os auditores médicos da Unimed Londrina a consultarem o prontuário médico mantido no ambiente de consultório ou hospital. 3. Em situações excepcionais o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos estando, inclusive, sujeito a exame parcial. | | | | | | |
| 1. **Identificação do Paciente:** | | | | | | |
| **Nome:** | | | | **Código Identificador:** | | |
| **Data de Nascimento:** | **Idade:** | **Sexo:** | | | **Telefone:** | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Identificação de Crosslinking:** | **Olho Direito** | **Olho Esquerdo** |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1. **Critérios para solicitação do evento:** | | | | | | | | | | | | **Achados ao exame oftalmológico** | | | | | | | | | | | | Acuidade visual c/correção | | **OD=** | | | | | **OE=** | | | | | Refratometria dinâmica | | **OD=** | | | | | **OE=** | | | | | **Antecedentes** | | | | | | | | | | | | Portador de anel intraestromal | | | | | | Sim | | | | Não | | História de ceratite herpética prévia | | | | | | Sim | | | | Não | | Infecção concomitante | | | | | | Sim | | | | Não | | Cicatriz corneana grave | | | | | | Sim | | | | Não | | Opacificação corneana densa | | | | | | Sim | | | | Não | | Doença de superfície ocular grave | | | | | | Sim | | | | Não | | Doença auto-imune | | | | | | Sim | | | | Não | | **Dados topográficos comparativos (sinais de progressão do ceratocone)** | | | | | | | | | | | | Especificar em dioptrias a diferença da ceratometria apical máxima dentro do prazo de 6 meses: | | | | | | | | | | | | K máximo | **OD=       D** | | | **OE=       D** | | | | Data do exame: **/     /** | | | | K máximo | **OD=       D** | | | **OE=       D** | | | | Data do exame: **/     /** | | | | Especificar aumento de dioptria dentro do período de acompanhamento topográfico de 1 ano (progressão topográfica): | | | | | | | | | | | | **OD=       D** | | | **OE=       D** | | | | | | Data do exame: **/     /** | | | **OD=       D** | | | **OE=       D** | | | | | | Data do exame: **/     /** | | | **Dados paquimétricos (relativos ao exame mais atual)** | | | | | | | | | | | | Espessura corneana em seu ponto mais fino: | | | | | | | | | | | | **OD=       (μm)** | | | | | **OE=       (μm)** | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Data: **/     /** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo do Médico Assistente |