|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |