|  |
| --- |
| A Resolução CFM nº 1.762/05 estabelece em seu art. 1º: “Considerar como procedimento terapêutico usual na prática médica-oftalmológica, a utilização de Anel Intraestromal na córnea para o tratamento de pacientes com Ceratocone nos estágios III e IV, ressalvadas as contraindicações contidas no Parecer CFM nº 2/05, de 14 de janeiro de 2005, relacionadas abaixo: 1 – Ceratocone avançado com ceratometria mais que 75,0 dioptrias; 2 – Ceratocone com opacidade severa da córnea; 3 – Hidropsia da córnea; 4 – Associação com processo infeccioso local ou sistêmico; 5 – Síndrome de erosão recorrente da córnea.” Dispositivo ratificado pelo Processo-Consulta CFM no 4.439/10 – Parecer CFM no 32/10.  |
| **Dados do paciente**  |
| Nome                 | Idade    | Sexo |
| **Indicação de Implante de Anel intra-estromal** |
| [ ]  **OD** [ ]  **OE** [ ]  **AO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Classificação do Ceratocone**  | **Olho direito** | **Olho esquerdo** |
| Incipiente (Grau I): até 45,0 D | [ ]  | [ ]  |
| Moderado (Grau II): acima de 45,0 D até 52,0 D | [ ]  | [ ]  |
| Avançado (Grau III): acima de 52,0 D até 60,0 D | [ ]  | [ ]  |
| Severo (Grau IV): acima de 60,0 D | [ ]  | [ ]  |
| **(\*) Para ceratrometrias >60,0 D, favor quantificá-la:**         |

 |

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

|  |
| --- |
| **Achados refracionais relevantes:** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Refratometria dinâmica / melhor acuidade visual:** |  | **Melhor acuidade visual em uso de lentes de contato rígidas\*:** |
| **Olho** | **Esférico** | **Cilíndrico** | **Eixo** |  | **Olho** | **Acuidade** |
| **OD** |         |         |         |  | **OD** |         |
| **OE** |         |         |         |  | **OE** |         |

 |  |
| (\*) Em caso de intolerância ao uso de lentes rígidas, favor descrever sucintamente os elementos que justifiquem-na e apontar as lentes utilizadas:         |
| **Achados ao exame oftalmológico:** |
| Retinoscopia:        |
| Oftalmoscopia:        |
| Biomicroscópico: [ ]  Opacifidades estromais[ ]  Evidências de erosões recorrentes[ ]  Outros       |
| **Dados topográficos – exame(s) realizado(s) nos últimos 12 meses:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mapa de curvatura axial (zona óptica de 3 mm)** | **Olho direito** | **Olho esquerdo** |
| Data do exame:   /    /       |       |       |
| Sim K |       |       |
| K1 |       |       |
| K2 |       |       |
| Diferença I-S |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mapa de curvatura axial (zona óptica de 3 mm)** | **Olho direito** | **Olho esquerdo** |
| Data do exame:   /    /       |       |       |
| Sim K |       |       |
| K1 |       |       |
| K2 |       |       |
| Diferença I-S |       |       |

 (**\***)**. Caso não haja mais de um exame, preencher apenas o primeiro campo.****Observação: Favor, enviar imagem da ceratoscopia computadorizada colorida e/ou Pentacam mais recente, com sobreposição ceratométrica.**

|  |
| --- |
| **Dados paquimétricos – exame(s) realizado(s) nos últimos 12 meses:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Paquimetria (µm)** | **Olho direito** | **Olho esquerdo** |
| Data do exame:   /    /       |       |       |
| Ponto mais fino |       |       |
| Ponto mais fino p/ zona óptica de 5 mm |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Paquimetria (µm)** | **Olho direito** | **Olho esquerdo** |
| Data do exame:   /    /       |       |       |
| Ponto mais fino |       |       |
| Ponto mais fino p/ zona óptica de 5 mm |       |       |

 |

|  |
| --- |
| Data:   /    /       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo do médico assistente |