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