

**Identificação**

Nome

Idade

Data de nascimento

Profissão

Naturalidade

Nacionalidade

Endereço

**Acuidade Visual**

*Pela escala de Snellen*

*Pela escala de Weker*

S/Correção: OD OE

S/Correção: OD OE

C/Correção: OD OD

C/Correção: OD OD

**Informar as ametropias existentes para cada olho (em dioptrias)**

OD

OE

**Fundo de olho**

OD

OE

**Motilidade Ocular (Extrínseca e Intrínseca)**

**Senso Cromático**

**Biomicroscopia (em separado para cada olho)**

OD

OE

**Tonometria para cada olho**

OD

OE

**Diagnóstico**

## LAUDO OFTALMOLÓGICO

Etiologia


Há quanto tempo o paciente apresenta tal(is) afecção(ões)?

Segundo conhecimento pessoal

--

Segundo informações obtidas

--

Local e data

--

Nome do médico

--

Reconhecimento de firma

Assinatura do médico

**Atenção:** é indispensável o carimbo do médico declarante com o número do CRM. Favor utilizar letra legível em todos os campos.