

ANEXO III

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO OFTALMOLÓGICA

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____

Escola/Colégio: _____

Modalidade: _____

(A ser preenchido pelo oftalmologista do atleta)

Histórico de baixa visão:

Tratamentos a que se submeteu:

Medicamentos que se utiliza:

Faz algum acompanhamento oftalmológico? (). Sim (). Não

Caso sim, aonde e com que frequência:

Agudeza visual

Sem correção: OD: _____

OE: _____

Com correção: OD: _____ esf. _____ cil. _____

OE: _____ esf. _____ cil: _____

Biomicroscopia: OD: _____

OE: _____

Fundoscopia: OD: _____

OE: _____

Tonometria de Aplanção: OD: _____

OE: _____

Campo Visual: OD: _____

OE: _____

Data _____ / _____ /2024.

Assinatura e carimbo do médico