



## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL

### I. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME		CODIGO CARTÃO
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	TELEFONE
__/__/____		

### II. DADOS PARA ANALISE

#### A. POSSUI CERATOCONE?

NÃO  SIM

#### B. HOUVE TENTATIVA DE TODAS AS MODALIDADE DE TRATAMENTO CLINICO?

NÃO  SIM - Quais as modalidade: (lentes de contato ou óculos)

-----

-----

#### C. RESULTADO DE EXAMES:

◦ PARENQUIMETRIA (Espessura corneana):

.....

◦ CERATOMETRIA (dioptrias):

.....

◦ CERATOCONE COM OPACIDADE SEVERA DA CórNEA?  NÃO  SIM

◦ HIDROPSIA DA CórNEA?  NÃO  SIM

◦ POSSUI CICATRIZ CENTRAL?  NÃO  SIM

◦ COM PROCESSO INFECCIOSO LOCAL OU SISTÊMICO?  NÃO  SIM

◦ SINDROME DE EROÇÃO RECORRENTE DA CórNEA?  NÃO  SIM

\_\_\_\_\_  
Data da solicitação

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico Assistente