

MARINHA DO BRASIL
DIRETORIA DE SAÚDE DA MARINHA
CENTRAL DE REGULAÇÃO EM SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO COM ANTIGIOGÊNICO (ANTI-VGEF)

Nome: _____

NIP: _____ Idade: _____

Diagnóstico: DMRI () DM ()

Outro () Qual: _____

Início de Tratamento () Continuidade do Tratamento () - Nº da sessão: ()

AO () OD () OE ()

EXAME:

Acuidade Visual: C/C OD: _____ OE: _____
S/C OD: _____ OE: _____

Refração: OD: _____
OE: _____

Biomicroscopia: _____

Tonometria: OD: _____
OE: _____

Fundoscopia: _____

Descrição do Laudo de Tomografia de Coerência Óptica (OCT) e/ou Angiografia Fluoresceínica e demais exames complementares, quando necessário. As respectivas imagens deverão ser encaminhadas a esta DE por meio do Lotus Notes - Caixa Postal dsm-relatoriomed

Data, ____/____/____

Médico Responsável pela Informação
assinatura e carimbo