



**EVOLUÇÃO MÉDICA E  
ANOTAÇÃO DE MAPEAMENTO  
DE RETINA - OFTALMOLOGIA**  
(PREENCHER UM POR AVALIAÇÃO)

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

**AValiação DO ESPECIALISTA EM OFTALMOLOGIA COM A IMPRESSÃO SOBRE O CASO E SUGESTÃO DE REPETIÇÃO DO EXAME E NOVA AVALIAÇÃO DO ESPECIALISTA**

**HIPÓTESE (s)  
DIAGNÓSTICA (s):**

**AValiação E SUGESTÕES:** Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs

**Sugestão de reavaliação:**

( ) 7 dias

( ) 14 dias

( ) \_\_\_\_ dias

Assinatura e carimbo médico

**RESULTADOS DE MAPEAMENTO DE RETINA REALIZADO**

**Dilatação:** ( ) adequada ( ) pouco eficiente, mas suficiente  
( ) inadequada e exame deve ser repetido em outro momento

**Opacidade**

**dos meios:** ( ) ausente ( ) presente:

**Papila:** ( ) normal ( ) alterada:

**Mácula:** ( ) normal ( ) alterada:

**AValiação DA PERIFERIA – marcar com X**

	SEM ROP	ROP 1 ZONA III	ROP 2 ZONA III	ROP 3 ZONA III	ROP 1 ZONA II	ROP 2 ZONA II	ROP 3 ZONA II	PLUS	OUTROS
<b>OLHO DIREITO</b>									
<b>OLHO ESQUERDO</b>									

Outras observações:

Assinatura e carimbo médico