|  |
| --- |
| 1. **Identificação do paciente**
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nome

      | 1. Código Identificador

      |
| 1. Data de Nascimento   /    /
 | 1. Idade
 | 1. Sexo
 | 1. Telefone
 |
|  **II. Achados Gonioscópicos (Classificação)** |
|  |
| [ ]  Apenas ângulo oclusível – definido pela impossibilidade de se observar, à gonioscopia, o trabeculado posterior – porção pigmentada da malha trabecular, em 180º ou mais, sem manobras complementares, em posição primária do olhar, em ambiente escuro, com fenda luminosa estreita e sem iluminar a pupila para evitar a abertura do ângulo.[ ]  Ausência de sinéquias/imprint[ ]  Presença de sinéquias/imprint |
|  **III.** [ ]  **PIO Normal** |
|  **IV.** [ ]  **Aumento da PIO** |
| **OD:**       mmHg | **OE:**       mmHg |
| **V. Presença de Sintomas?**  [ ]  Não [ ]  Sim. Definir quais achados       |
| **VI. História Familiar e/ou cegueira atribuída a Glaucoma?**  [ ]  Não [ ]  Sim. Indicar grau de parentesco       |
| **VII.** [ ]  Incapacidade de seguimento clínico do paciente. |
|  |
| **VIII.** [ ]  Paciente necessita de dilatação pupilar frequente. Apontar motivo:       |
|  |
| **IX.** [ ]  Sinais de neuropatia óptica glaucomatosa e/ou defeito campimétrico compatível com glaucoma. Apontar achados:       |
| **X. Diagnóstico:** |
| [ ]  Suspeito de Fechamento Angular Primário (SFAP) | [ ]  Outros (Ex.: Glaucomas secundários) |
| [ ]  Glaucoma Primário de Ângulo Fechado (GPAF) | Justificativas:       |
| [ ]  Fechamento Angular Primário (FAP) |
| *Obs – Atualmente, a condição conhecida por “Glaucoma Agudo” é denominada Fechamento Angular Primário Agudo.* |
|  |
| **XI. Termo de Responsabilidade - Tratamento com Iridotomia por Yag Laser** |
| 1. Declaro que sou responsável pela realização deste tratamento, em observância aos critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Glaucoma (SBG) para a indicação do evento.
2. Em conformidade com a Resolução CFM 1614/2001, autorizo os auditores médicos da Unimed Regional Maringá a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço, para informações complementares.
3. Em situações excepcionais o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos estando, inclusive, sujeito a exame pericial.
 |
|  |  |
| **Data** | **Assinatura e Carimbo do Médico Assistente** |