|  |
| --- |
| 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** | | | | |