

|  |
| --- |
| **RELATÓRIO PADRONIZADO PARA SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (4.15.01.14-4) PARA INVESTIGAÇÃO DE GLAUCOMA** |
|  |   |
| I. Identificação do Paciente  |   |
|    |   |
| II. Nome  |  III.Idade  |
|    |   |
| IV. Prestador solicitante:  |   |
|   |   |
|  V. ( ) Esclarecimento diagnóstico de Glaucoma. (. ) Acompanhamento de Glaucoma. (. ) Propedêutica complementar para Glaucoma |
|   |   |
| VI. Principais achados |   |
| (. ) relação escavação/disco E/D (OD) = \_\_\_ E/D (OE) = \_\_\_  |   |
| (. ) assimetria da relação escavação/disco entre os olhos (caso seja marcada especificar valor = \_\_\_) |   |
| (. ) afinamentos localizados e/ou outros achados maiores do anel neural (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (. ) alterações de campimetria visual (especificar quais: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| (. ) PIO: OD \_\_\_ OE \_\_\_ (mmHg) |   |
| *Obs - caso seja informada relação E/D alterada se faz necessário envio de retinografia ou estereofoto de disco óptico.* |   |
|  |  |
| DE-056 Cassificação: Interna Data da Revisão: 04/05/2021 Rev: 00 |   |