Unimed Maringá

IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL (3.03.04.08-3) - RELATÓRIO PADRONIZADO

Versão 1.1

(02_02_18)

I. Identificação do Médico Assistente

1. Nome	2. CRM	3. Telefone

A Resolução CFM №. 1.762 / 05 estabelece em seu art .1°:
"Considerar como procedimento terapêutico usual na prática médica oftalmológica,a utilização de Anel Intra-estromal na córnea para o tratamento de pacientes com Ceratocone nos estágios III e IV, ressalvadas as contraindicações contidas no Parecer CFM № .2/05 , de 14 de janeiro de 2005, relacionadas abaixo :
1 – Ceratocone avançado com ceratometria maior que 75,0 dioptrias;
2 – Ceratocone com opacidade severa da córnea;
3 – Hidropsia da córnea;
4 – Associação com processo infeccioso local ou sistêmico;
5 – Síndrome de erosão recorrente da córnea.

1. Nome	2. Código Identificador

3. Idade	4. Sexo	5. Telefone

Indicação de Anel intraestromal: ☐ Olho direito ☐ Olho esquerdo

IV. Critérios para solicitação do evento

A. Classificação do Ceratocone

Poder dióptrico do meridiano mais curvo	Olho direito	Olho esquerdo
Incipiente (Grau I): até 45,0 D		
Moderado (Grau II): acima de 45,0 D até 52,0 D		
Avançado (Grau III): acima de 52,0 D até 60,0 D		
Severo (Grau IV): acima de 60,0 D		

Achados ao exame oftalmológico		
Acuidade visual c/ correção	OD =	OE =
Refratometria dinâmica	OD =	OE =

Antecendentes		
Presença de cicatriz corneana central	Sim ☐	Não ☐
Hidropsia da córnea	Sim ☐	Não ☐
Opacificação corneana densa	Sim ☐	Não ☐
Processo infeccioso local ou sistêmico	Sim ☐	Não ☐
Síndrome de erosão recorrente da córnea	Sim ☐	Não ☐

Dados topográficos e paquiméticos		
K máximo	OD = __D	OE = __D
Data do exame: ___ / ___ / ___		
Espessura corneana em seu ponto mais fino =	OD ____ (µm)	OE ____ (µm)
Data do exame: ___ / ___ / ___		

_____/_____/_____
Data

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente

Autor: Dr Reinaldo F. C. Ramalho