



FICHA DE ENCAMINHAMENTO CONSULTA PRÉ-TRANSPLANTE DE CÓRNEA

Nome:		
Data de nascimento:	Sexo: () M () F	
CNS:	CPF:	
Endereço:		
Cidade:	Fone:	
1 - Transplante de córnea anterior		
() SIM () NÃO	Olho: () D () E	
Data:	Local:	
2 - Acuidade visual com correção		
Olho direito:	Olhos esquerdo:	
3 - Hipótese diagnóstica		
() Perfuração	() Iminência de perfuração	() Queimadura ocular
() Úlcera de córnea sem resposta ao tratamento clínico		
() Falência Primária do Transplante	() Falência Secundária ou Tardia	
() Receptor com idade < 7 anos que apresente opacidade corneana bilateral		
() Ceratocone	() Ceratopatia bolhosa	
() Leucoma de qualquer etiologia	() Distrofia de Fuchs	
() Ceratite Intersticial	() Degeneração corneana	
() Anomalias corneanas congênitas	() Outras distrofias corneanas	
4 - Ceratometria		
Olho direito	____/____ ____/____	
Olho esquerdo	____/____ ____/____	
5 - Biomicroscopia da Córnea		
	Olho direito	Olho esquerdo
Exposição epitelial	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Defeito epitelial	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Opacidade sub epitelial	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Edema estromal	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Estrias estromais	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Dobras de Descemet	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Arco senil	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Pterígio	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Cicatrizes	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
ULCERA	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
INFILTRADO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
VASOS	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
6 – EXAMES COMPLEMENTARES () SIM () NÃO	QUAIS:	ANEXAR LAUDO
Assinatura e carimbo. Oftalmologista responsável:		
Data:		