ANEXO IV

Formulário para Solicitação de Tomografia de Coerência Óptica (OCT)

Beneficiário:		**Idade:**
CPF		

Hipótese Diagnóstica:	
Retinopatia Diabética	( ) Sim ( )Não
Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI)	( ) Sim ( )Não
Oclusão Venosa Retiniana	( ) Sim ( )Não
Distrofias	( ) Sim ( )Não
Membrana Epirretiniana	( ) Sim ( )Não
Membrana Neovascular Sub-Retiniana	( ) Sim ( )Não
Edema Macular	( ) Sim ( )Não
Buraco Macular	( ) Sim ( )Não
Diagnóstico Confirmado de Glaucoma	( ) Sim ( )Não
Afinamento do Anel Neural	( ) Sim ( )Não
Outras Hipóteses Diagnósticas – Mencionar Quais:	
Suspeita de Glaucoma? ( )Sim ( )Não	
Se sim, informar: **Escavação do Disco Óptico OD:_____ OE:_____**	

Hipertensão Ocular?

( )Sim ( )Não

Se sim, informar:

PIO OD:_____ PIO OE:_____

*Obs : É obrigatório o preenchimento de todos os campos para análise da auditoria médica.

Data: _____/_____/_____ **_____**

CARIMBO ASSINATURA DO MÉDICO