



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Formulário Padronizado – Glaucoma

Nome do paciente: _____

Descrição do nervo óptico e suas alterações:

Valor PIO basal: _____

Assinalar se o paciente possui alguma das condições abaixo:

- paciente com glaucoma congênito com PIO elevada mesmo após a cirurgia;
 glaucoma primário de ângulo fechado; ou
 paciente com glaucoma secundário em tratamento da causa básica.

Assinalar os critérios de gravidade menores:

- PIO de 21-26 mmHg na ausência de medicamento antiglaucomatoso;
 Alargamento da escavação do disco óptico entre 0,5-0,8;
 Alteração no campo visual compatível com glaucoma sem comprometimento dos 10 graus centrais em nenhum dos olhos.

Assinalar os critérios de gravidade maiores:

- PIO acima de 26 mmHg na ausência de medicamento antiglaucomatoso;
 Cegueira por dano glaucomatoso em um olho;
 Alargamento da escavação do disco óptico acima de 0,8;
 Comprometimento em três ou mais quadrantes ou dano nos 10 graus centrais em um dos olhos.

Descrever os medicamentos anteriormente utilizados ou em uso e a ocorrência de falha terapêutica ou falha primária.

Paciente possui contraindicação ou hipersensibilidade a algum colírio? Sim Não

Encaminhar exames complementares (ao menos 1 (um) dos exames abaixo): Retinografia binocular colorida, Campimetria Visual, Paquimetria ou Tomografia de Coerência Óptica.

Data: _____

Assinatura e carimbo do médico oftalmologista

RQE: _____ (obrigatório)