

INFORMAÇÃO CLÍNICA OFTALMOLÓGICA

Para efeitos de emissão de atestado para carta de condução



Unidade de Saúde Familiar
Santo Condestável

Nome do utente:

Número de utente:

Visão

Acuidade Visual

Acuidade visual olho direito: sem correcção com correcção ___/10
Acuidade visual olho esquerdo: sem correcção com correcção ___/10
Acuidade visual dois olhos: sem correcção com correcção ___/10
Visão não corrigida em cada um dos olhos é superior a 0,5/10: sim não
A potência das lentes excede +/- 6 dioptrias: sim não

Visão Monocular

Perda de visão num dos olhos por um período: ≥ 6 meses < 6 meses

Diplopia

Utente sofre de diplopia: sim não
Se sim, especifique: ≥ 6 meses < 6 meses

Campo Visual e Visão Periférica

Campo visual superior ou igual a 120° no plano horizontal, com uma extensão mínima a 50° à direita e à esquerda e de 20° superior e inferior: sim não

Visão das Cores

Acromatopsia: sim não Protanopsia: sim não

Visão Crepuscular

Apresenta alteração de hemeraltopia ou visão mesópica e/ou escópica: sim não

Doença Oftalmológica Progressiva

Outra doença oftalmológica progressiva detectada: sim não

Preenchimento necessário por **médico oftalmologista** em caso de visão monocular, diplopia, alteração do campo visual ou visão periférica e/ou doença oftalmológica progressiva ou outra que deva condicionar restrições para a condução:

Parecer de oftalmologista favorável para a condução? sim não
Com aplicação de restrições sim não
(Se sim, quais)

Nome do profissional de saúde:

Assinatura:

Nº de cédula profissional:

Data: __/__/__

Vinheta ou carimbo: