

## Avaliação Optométrica para Atestado Médico de Carta de Condução

Nome do Utente: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Acuidade Visual

**Exames: Snellen / ETDRS**

Acuidade Visual Olho Direito:  Sem Correção      Com Correção      \_\_\_\_ / 10

Acuidade Visual Olho Esquerdo:  Sem Correção      Com Correção      \_\_\_\_ / 10

Acuidade Visual dois os olhos:  Sem Correção      Com Correção      \_\_\_\_ / 10

Visão não corrigida em cada um dos olhos é superior a 0,5/10 :      Sim       Não

### Sensibilidade ao contraste

**Exames: Pelli-Robson/ Grelhas Sinusoidais**

Apresenta alterações da sensibilidade ao contraste      Sim       Não

### Visão Monocular

**Exames: Cover-Uncover / Filtro vermelho com prisma/ Worth**

Perda de visão num dos olhos por um período        $\geq 6$  meses

$\leq 6$  meses

### Diplopia

**Exames: Filtro vermelho com prisma/ Worth / Motilidade ocular/ reflexos pupilares**

Utente sofre diplopia:       Sim       Não

Se sim especifique:        $\geq 6$  meses        $\leq 6$  meses

### Campo visual e visão periférica

**Exames: Grupo 1 - Confrontação de Campos e Grelha de Amsler / Grupo 2- Campimetria**

Apresenta alteração do campo visual ou da visão periférica:       Sim       Não

### Visão das Cores

**Exames: Teste de Ishiara- 38 Placas**

Acromatopsia<sup>1</sup>       Sim       Não      <sup>1</sup>Transtorno visão cores

Protanopia<sup>2</sup>       Sim       Não      <sup>2</sup>Transtorno visão de vermelho

### Visão Crepuscular

**Exames: Fotstress / Teste do Deslumbramento**

Apresenta alterações da visão crepuscular :       Sim       Não

( visão mesopica<sup>3</sup> e/ou escotópica<sup>4</sup>)

Iluminação crepuscular<sup>3</sup>/Baixa luminosidade<sup>4</sup>

### Alterações oculares a necessitar de avaliação oftalmológica

Alteração detetada       Sim       Não

Obs.

Optometrista: \_\_\_\_\_