

FORMULÁRIO DE EXAME - RETINOPATIA DA PREMATURIDADE - GRUPO ROP BRASIL

Número:

Unidade Neonatal: _____ Cidade: _____

Nome: _____ Endereço: _____

Nome da mãe: _____ Prontuário: _____

Sexo:

1	Masculino
2	Feminino

 Tel: _____

Alta:

1	Sim
2	Não

 Referido

1	Sim, de _____
2	Não

Peso de Nascimento: g Idade Gestacional: sem dia Tipo de nascimento:

1	Únic
2	Gem

Data de Nascimento: 2 APGAR 1m 5m
dia mês ano

Dias em oxigênio (qualquer método) dias Dias VM: Dias CPAP Outro

Transusão:

Número	

 Fototerapia

Sim	Não

 Sepses Hemorragia Intraventricular Corticóide antenatal (mãe) Surfactante

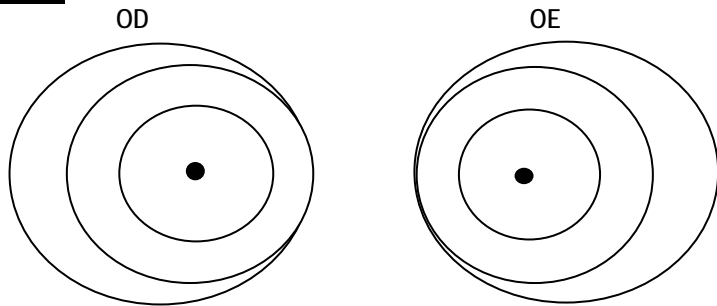
Exame 1

Data 2
 IGC Corrigida semanas dias

Diâmetro Pupilar (mm)

OD	OE

 Dilatação vasos íris (Sim ou Não)
 Turvação vítrea (Sim ou Não)
 Preplus (Sim ou Não)
 Plus (Sim ou Não)
 Estágio (0 a 5)
 Zona (0 a 3)
 Horas (0 a 12)



ROP Tipo 1 (Sim ou Não)

 ROP Tipo 2 (Sim ou Não)

 Em regressão

--	--

 Regredido

--	--

Conduta

1	Alta
2	Seguimento em <input type="text"/> semanas
3	Tratamento

 Data do próximo exame: _____

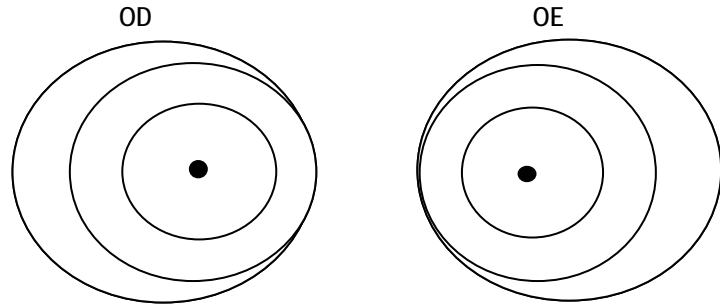
Examinador: _____

Exame 2

Data
Idade

semanas	
OD	OE

Diâmetro Pupilar (*mm*)
 Dilatação vasos íris (*Sim ou Não*)
 Turvação vítrea (*Sim ou Não*)
 Preplus (*Sim ou Não*)
 Plus (*Sim ou Não*)
 Estágio (*0 to 5*)
 Zona (*0 to 3*)
 Horas (*0 to 12*)



ROP Tipo 1 (*Sim ou Não*)
 ROP Tipo 2 (*Sim ou Não*)
 Em regressão
 Regredido

Conduta

1	Alta	
2	Seguimento em	<input type="text"/> semanas
3	Tratamento	

Data do próximo exame: _____

Examinador: _____

--	--	--	--	--

Nome _____

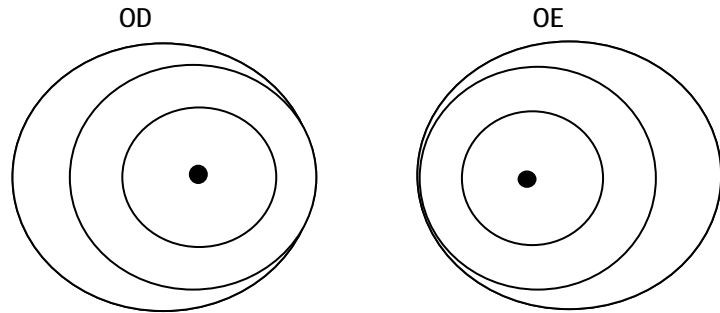
Prontuário/Hospital/Cidade: _____

Exame 3

Data
Idade

semanas	
OD	OE

Diâmetro Pupilar (*mm*)
 Dilatação vasos íris (*Sim ou Não*)
 Turvação vítrea (*Sim ou Não*)
 Preplus (*Sim ou Não*)
 Plus (*Sim ou Não*)
 Estágio (*0 to 5*)
 Zona (*0 to 3*)
 Horas (*0 to 12*)



ROP Tipo 1 (*Sim ou Não*)
 ROP Tipo 2 (*Sim ou Não*)
 Em regressão
 Regredido

Conduta

1	Alta	
2	Seguimento em	<input type="text"/> semanas
3	Tratamento	

Data do próximo exame: _____

Examinador: _____

Exame 4

Data

Idade

semanas	
OD	OE

Diâmetro Pupilar (mm)

Dilatação vasos íris (Sim ou Não)

Turvação vítrea (Sim ou Não)

Preplus (Sim ou Não)

Plus (Sim ou Não)

Estágio (0 to 5)

Zona (0 to 3)

Horas (0 to 12)

ROP Tipo 1 (Sim ou Não)

ROP Tipo 2 (Sim ou Não)

Em regressão

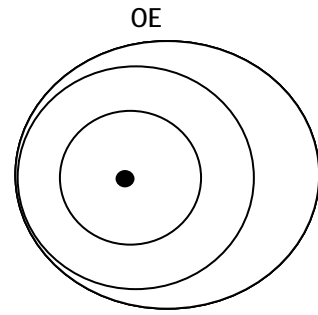
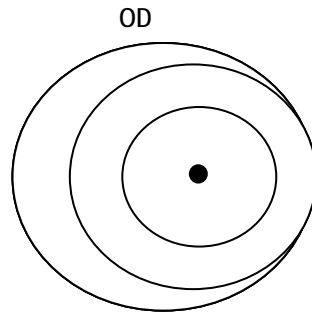
Regredido

Conduta

1	Alta
2	Seguimento em <input type="checkbox"/> semanas
3	Tratamento

Data do próximo exame: _____

Examinador: _____



Exame 5

Data

Idade

semanas	
OD	OE

Diâmetro Pupilar (mm)

Dilatação vasos íris (Sim ou Não)

Turvação vítrea (Sim ou Não)

Preplus (Sim ou Não)

Plus (Sim ou Não)

Estágio (0 to 5)

Zona (0 to 3)

Horas (0 to 12)

ROP Tipo 1 (Sim ou Não)

ROP Tipo 2 (Sim ou Não)

Em regressão

Regredido

Conduta

1	Alta
2	Seguimento em <input type="checkbox"/> semanas
3	Tratamento

Data do próximo exame: _____

Examinador: _____

