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 Tipo de nascimento: [1] Único [2] Gemelar

Data de Nascimento [ ] [ ] [2] (iay mês ano) APGAR 1m [ ] 5m [ ]

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

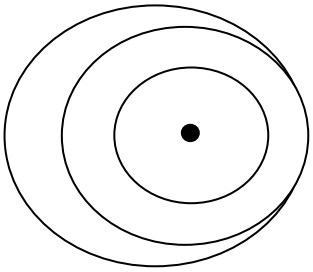
	Número	
Transfusão:		
Fototerapia		
Outros		

	Sim	Não
Sepse		
Hemorragia Intraventricular		
Ictericia		

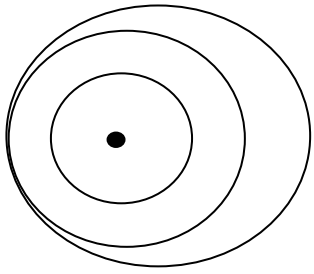
Exame 1

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)*		
Em regressão		
Regredido		

OD



OE



ROP Tipo 1 (Sim ou Não)		
ROP Typo 2 (Sim ou Não)		

Conduta [1] Alta [2] Seguimento em [ ] semanas [3] Tratamento Data do próximo exame: _____

Examinador: _____

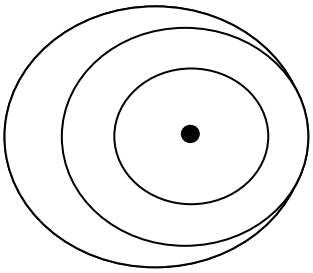
Exame 2

Data

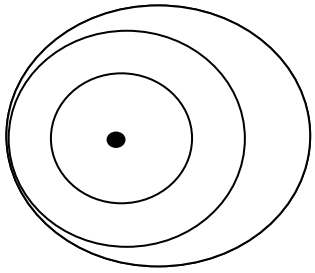
Idade semanas

	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)*		
Em regressão		
Regredido		

OD



OE



ROP Tipo 1 (Sim ou Não)		
ROP Typo 2 (Sim ou Não)		

Conduta

1 Alta

2 Seguimento em ☐ semanas Data do próximo exame: _____

3 Tratamento

Examinador: _____

☐☐☐☐☐

Nome _____ Prontuário/Hospital/Cidade: _____

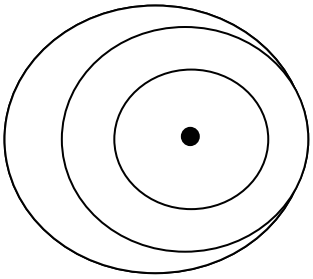
Exame 3

Data

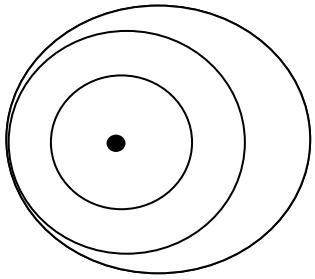
Idade semanas

	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)*		
Em regressão		
Regredido		

OD



OE



ROP Tipo 1 (Sim ou Não)		
ROP Typo 2 (Sim ou Não)		

Conduta

1 Alta

2 Seguimento em ☐ semanas Data do próximo exame: _____

3 Tratamento

Examinador: _____

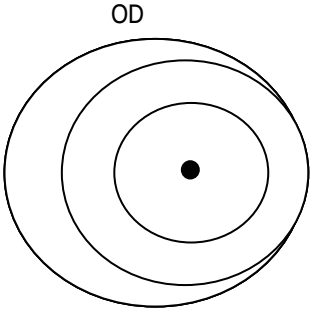
Exame 4

Data

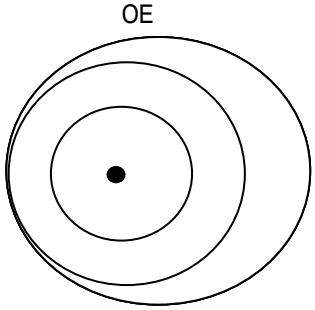
Idade semanas

	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)*		
Em regressão		
Regredido		

OD



OE



ROP Tipo 1 (Sim ou Não)		
ROP Typo 2 (Sim ou Não)		

Conduta

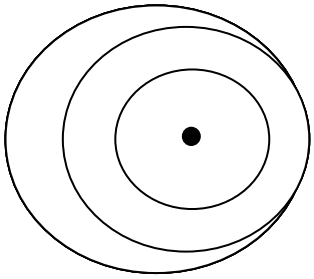
1	Alta		
2	Seguimento em	☐ semanas	Data do próximo exame: _____
3	Tratamento		

Examinador: _____

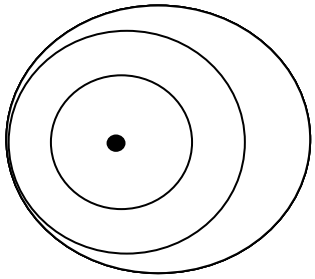
Exame 5

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)*		
Em regressão		
Regredido		

OD



OE



ROP Tipo 1 (Sim ou Não)		
ROP Typo 2 (Sim ou Não)		

Conduta

1	Alta		
2	Seguimento em	☐ semanas	Data do próximo exame: _____
3	Tratamento		

Examinador: _____