

Anexo I (FORMULÁRIO PARA AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA REFRACTIVA) à
Resolução Conjunta de Saúde nº 109/2012, de 04 de junho de 2012.

FORMULÁRIO PARA AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA REFRACTIVA NA REDE CREDENCIADA DO SISTEMA DE SAÚDE PMMG-CBMMG-IPSM (SISAU)	
1 - DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO MILITAR REQUERENTE	
NOME: _____	Nº PM/BM: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	IDADE: _____ UNIDADE: _____
DATA DE INGRESSO NA IME: ____/____/____	
Declaro que recebi do médico assistente os esclarecimentos verbais a respeito de eventuais riscos inerentes ao procedimento, bem como dos cuidados pós operatórios necessários e que desejo, por livre escolha, submeter-me à cirurgia refrativa indicada.	
DATA: ____/____/____	_____
ASSINATURA DO MILITAR REQUERENTE	
2 - DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO OFTALMOLOGISTA ASSISTENTE	
a) O militar acima apresenta grau estável há pelo menos ____ ano(s) e se enquadra no seguinte critério:	
miopia entre -5,0 a -10,0 DE, (dioptria esférica) com ou sem astigmatismo associado, com grau até -4,0 DC (dioptria cilíndrica, medida através de cilindro negativo);	
hipermetropia de + 2,0 até grau +5,0 DE, com ou sem astigmatismo associado, com grau até - 4,0 DC.	
b) Nos exames pré-operatórios de Topografia e Paquimetria constatou-se:	
estimativa de curvatura final pós operatória com ceratometria acima de 36.00 D e menor que 48.00 D;	
estimativa de espessura estromal corneana mínima residual de 250 micras com LASIK e 340 micras com PRK pós operatória;	
espessura corneana mínima pré operatória de 500 micras.	
c) O militar acima apresenta alguma das seguintes condições?	
infecção ocular e sistêmica ativa, inclusive blefarite, meibomite ou herpes ocular;	
distrofia de Fuchs;	
cicatrizes corneanas centrais com comprometimento da acuidade visual;	
sinais precoces, objetivos, ou diagnóstico de ceratocone ou ectasia corneana (todas as formas);	

gestação ou aleitamento;

tratamento com isotretinoína ou amiodarona (cloridrato);

qualquer doença que possa influenciar a cicatrização da córnea, como Diabetes Mellitus, doenças auto-imunes, imunodeficiências ou doenças sistêmicas do tecido conjuntivo e colágeno, incluindo artrite reumatóide, lúpus eritematoso disseminado e síndrome de Sjögren (ou portadores de olho seco);

história de formação de quelóide (somente para a técnica PRK);

tratamento com corticosteróides sistêmicos ou tópicos oculares que possam afetar a correção da refração;

astigmatismo irregular evidenciado por análise topográfica da córnea e/ou presença de cicatriz de cirurgia de ceratotomia radial prévia;

alergia medicamentosa, especialmente a colírios com substâncias anestésicas e antibióticos tópicos e/ou sistêmicos;

glaucoma, em propedêutica diagnóstica e/ou em tratamento;

doença retiniana periférica, como buraco ou degeneração lattice (sem tratamento); pacientes já submetidos a cirurgia de descolamento de retina e/ou cirurgias antiglaucomatosas;

baixa de acuidade visual devido a doença macular de qualquer tipo ou ambliopia;

opacificação do cristalino (catarata) com ou sem baixa de acuidade visual;

pupila com mais de 5 mm no pré-operatório, dinâmica (sem instilação de colírios), em condições fotópica e/ou escotópica;

estrabismo.

d) A técnica cirúrgica indicada para o caso é:

PRK

LASIK

DATA: ___/___/___

CARIMBO E ASSINATURA DO OFTALMOLOGISTA ASSISTENTE

3 – DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO CHEFE DO NAIS

Parecer favorável à autorização

Parecer desfavorável à autorização

JUSTIFICATIVA (descrição da motivação do parecer):

DATA: ___/___/___

CARIMBO E ASSINATURA DO CHEFE DONAIS

OBS: este formulário deverá ser preenchido em duas vias, sendo a cópia arquivada no respectivo NAIS junto ao prontuário do militar requerente.