

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

**FORMULÁRIO PARA AUTORIZAÇÃO DE NOVA CIRURGIA REFRACTIVA – REOPERAÇÃO  
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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DA CIRURGIA REFRACTIVA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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 NOVA cirurgia refrativa indicada.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MILITAR REQUERENTE

**2 DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO OFTALMOLOGISTA ASSISTENTE**

**a) O militar acima, APÓS A CIRURGIA REFRACTIVA, apresenta as seguintes condições:**

baixa acuidade visual;  
assimetria entre os dois olhos;  
sintomas visuais noturnos;  
astenopia;  
grau residual elevado;  
anisometria;  
presença de aberração corneana de alta ordem (RMS);  
alteração de qualquer um dos índices ao exame de “Wavefront”  
“Wavefront error” (WE);  
“Point spread function (PSF)”,  
“Strehl ratio (SR)”;  
“Modulation Transfer Function (MTF)”.

descentração confirmada pela Topografia Corneana e associada à hipocorreção, astigmatismo induzido, sintomas de halos noturnos ou diplopia e baixa de acuidade visual.

**b) O militar acima apresenta alguma das seguintes condições?**

resultado de exame de Topografia Corneana abaixo de 36.00 D e acima que 48.00 D no pós-operatório e sem ectasia no pré-operatório;

espessura corneana abaixo de 500 micras após a primeira cirurgia;

haze corneano, ceratite, infecção, estrias corneanas, deslocamento do flap, crescimento epitelial na interface do flap e estroma corneano;

catarata, doença macular e outras causas não refrativas de baixa de acuidade visual;

infecção ocular e sistêmica ativa, inclusive blefarite, meibomite ou herpes ocular;

distrofia de Fuchs;

cicatrices 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.

**c) A técnica cirúrgica indicada para a reoperação é:**

PRK

LASIK

d) Observações:

---

---

---

---

---

---

DATA:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CARIMBO E ASSINATURA DO OFTALMOLOGISTA  
ASSISTENTE

**3 DADOS A SEREM PREENCHIDOS POR OFICIAL DA CLÍNICA DE OFTALMOLOGIA DO HPM**

Parecer favorável à autorização

Parecer desfavorável à autorização

JUSTIFICATIVA (descrição da motivação do parecer):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

DATA:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO OFICIAL DA CLÍNICA DE  
OFTALMOLOGIA DO HPM

OBS: Este formulário deverá ser preenchido em duas vias. As cópias deste anexo e do anexo I devem ser arquivadas no HPM, junto ao prontuário do militar requerente.