



## FICHA DE TRIAGEM DE ACUIDADE VISUAL

Ação de Saúde na Escola

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

- Nome: \_\_\_\_\_
- Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | Idade: \_\_\_\_\_ | Sexo: [ ] M [ ] F
- Escola/Unidade: \_\_\_\_\_
- Data da Triagem: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 2. CONDIÇÃO INICIAL

- Já utiliza óculos ou lentes?
  - [ ] Não
  - [ ] Sim (Realizar o teste com os óculos)

### 3. REGISTRO DA ACUIDADE VISUAL (AV)

(Anotar o valor da última linha em que a criança acertou a maioria dos símbolos)

OLHO EXAMINADO	RESULTADO	OBSERVAÇÃO
Olho Direito (OD)		
Olho Esquerdo (OE)		

### 4. SINAIS E SINTOMAS OBSERVADOS

(Marque [X] se observar algum destes comportamentos durante o teste)

- [ ] Inclinação persistente da cabeça
- [ ] Franzir a testa ou semicerrar os olhos (estrabismo aparente)
- [ ] Lacrimejamento ou olhos vermelhos
- [ ] Piscar contínuo ou esfregar os olhos
- [ ] Dificuldade de compreensão do teste ou desatenção excessiva

### 5. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO (Encaminhar se houver [X] em qualquer item)

- [ ]  $AV \leq 0,7$  em qualquer um dos olhos (equivalente a 20/30 ou pior).
- [ ] Diferença de  $\geq 2$  linhas de acuidade entre o olho direito e o esquerdo.
- [ ] Sinais clínicos evidentes (estrabismo, secreção, mancha branca na pupila).

### 6. CONDUTA FINAL

- [ ] Normal: Retestagem em 1 ano.
- [ ] Necessita Reteste: Erro por nervosismo/incompreensão (repetir em outra data).
- [ ] ENCAMINHAMENTO OFTALMOLÓGICO: Agendar consulta. especializada.

Nome e assinatura do Agente de Saúde: \_\_\_\_\_