



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES**

Home page: <http://ctxs.es.saude.sp.gov.br>  
C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

versão 1

## PRIORIZAÇÃO DE PACIENTE DE CÓRNEA

NOME: \_\_\_\_\_

RGCT \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ MOTIVO DA PRIORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

HPMA

AV s/c OD \_\_\_\_\_ C/C OD \_\_\_\_\_ (melhor correção)

OE \_\_\_\_\_ OE \_\_\_\_\_

BIOMICROSCOPIA

\_\_\_\_\_

PIO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FUNDOSCOPIA:

\_\_\_\_\_

OUTROS EXAMES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PATOLOGIA CLÍNICA/OFTALMOLÓGICA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TRATAMENTOS

PRÉVIOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CIRURGIAS

\_\_\_\_\_

PROGNÓSTICO VISUAL: ( ) POBRE ( ) MODERADO ( ) BOM ( ) ÓTIMO

\_\_\_\_\_