



Nome da criança		Data de nascimento	Idade	Identidade	Data
Coluna 1			Coluna 2		
Sim	Não		Sim	Não	Não se aplica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você tem alguma preocupação com a visão de seu(sua) filho(a)? Se sim, por favor, explique.	Aos 0-3 months, seu(sua) filho(a):		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O pai ou mãe da criança tiveram algum problema de saúde relacionado aos olhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Os olhos de seu(sua) filho(a) parecem se cruzar, virar ou vagar?	Aos 4 – 6 months, seu(sua) filho(a)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Os olhos ou as pupilas de seu(sua) filho(a) são de tamanhos diferentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você já reparou algum movimento rápido, para a frente e para trás, dos olhos de seu(sua) filho(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seu(sua) filho(a) pressiona ou põe os dedos nos olhos?	Aos 7-9 months, seu(sua) filho(a)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seu(sua) filho(a) inclina ou vira a cabeça de forma não usual quando olha para alguma coisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seu(sua) filho(a) foi prematuro ou ficou no oxigênio ao nascer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seu(sua) filho(a) traz os objetos muito próximo à face para ver melhor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seu(sua) filho(a) fecha um pouco os olhos sob a luz natural? Se sim, quando?	Aos 10 – 18 months, seu(sua) filho(a)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seu(sua) filho(a) tem algum problema de saúde associado à perda de visão (ver exemplos na próxima página)? Ou outro diagnóstico ou preocupação médica? Se sim, por favor, explique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>Se você respondeu "sim" a qualquer pergunta da Coluna 1 e/ou "não" a qualquer pergunta da Coluna 2, recomenda-se que você agende um exame oftalmológico abrangente para seu filho por um optometrista pediátrico ou oftalmologista. Uma cópia desta triagem visual deve ser dada ao oftalmologista, bem como ao pediatra de seu(sua) filho(a).</i></p>					

EXIGIDO SOMENTE PARA ELIGIBILIDADE OU OPCIONALMENTE EM CASO DE PREOCUPAÇÃO



Nome da criança Data de nascime Idade Identidade Data

Com base nos resultados desta avaliação:

- Recomendamos que a criança receba um exame abrangente com optometrista pediátrico ou oftalmologista** (anote FER na Página de Resumo da Avaliação)
- Pais/Responsáveis receberam o **Guia de RI para a visão de seu(sua) filho(a)**, que inclui uma lista de optometristas pediátricos ou oftalmologistas
- Fomos informados que seu(sua) filho(a) está sendo acompanhado(a) por optometrista ou oftalmologista** (anote FER na Página de Resumo da Avaliação)
Optometrista /Oftalmologista Nome: Dr. _____
A próxima consulta da criança está marcada para ____/____/____
- Nenhuma preocupação identificada agora. Seu(sua) filho(a) deve continuar com as triagens recomendadas pelo pediatra e o serviço de Intervenção Precoce vai rever esta triagem durante, ou antes da revisão anual IFSP** (anote WNL na Página de Resumo da Avaliação)
- Pais/Responsáveis: Se apropriado, lembre-se de dar seu consentimento para que o serviço de Intervenção Precoce obtenha uma cópia do laudo do exame dos olhos de seu(sua) filho(a).*

Existem muitas condições médicas que podem afetar a visão de uma criança. Esta lista tem alguns que exigirão que a criança seja acompanhada de perto por um oftalmologista pediátrico.

- | | | | |
|-------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------|
| ▫ Estrabismo | ▫ Atrofia Ótica | ▫ Osteogênese Imperfeita | ▫ Trissomia do 13 |
| ▫ Catarata Congênita | ▫ Esclerose Tuberosa | ▫ Galactosemia | ▫ Trissomia do 18 |
| ▫ Glaucoma Congênito | ▫ Síndrome de Marfan | ▫ Hipostenúria | ▫ Síndrome de Down |
| ▫ Degeneração da Retina | ▫ Paralisia Cerebral | ▫ Síndrome de CHARGE | ▫ Albinismo |

A Academia Norte Americana de Oftalmologia e a Associação Norte Americana de Oftalmologia Pediátrica e Estrabismo recomendam o seguinte cronograma para a triagem da visão pediátrica:

Recém-nascido. Um oftalmologista, pediatra, médico de família ou outro profissional de saúde treinado deve examinar os olhos do bebê recém-nascido e realizar um teste do reflexo vermelho (um indicador básico de que os olhos estão normais). Um oftalmologista deve realizar um exame abrangente se o bebê é prematuro ou com alto risco de problemas médicos por outros motivos, tem sinais de anormalidades ou tem histórico familiar de distúrbios graves da visão na infância.

Bebê. Uma segunda triagem para a saúde ocular deve ser feita por um oftalmologista, pediatra, médico de família ou outro profissional de saúde treinado, para crianças saudáveis, entre seis meses e o primeiro aniversário

Pré-escolar. Entre os 3 e os 3 anos e meio, a visão e o alinhamento ocular de uma criança devem ser avaliados por um pediatra, médico de família, oftalmologista, optometrista, ortoptista ou pessoa treinada na avaliação da visão de crianças pré-escolares.

American Academy of Ophthalmology 2019
<https://www.aao.org/eye-health/tips-prevention/children-eye-screening>

EXIGIDO SOMENTE PARA ELIGIBILIDADE OU OPCIONALMENTE EM CASO DE PREOCUPAÇÃO