



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL
DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
COORDENADORIA COMPONENTE ESPECIALIZADO

FSC - FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE COLÍRIOS DE 2ª LINHA E PROSTAGLANDINA

Paciente/Representante legal: _____

Diag/cid 10: _____

Uso de maleato de timolol?

Sim () há quanto tempo? _____ Não ()

Reações adversas? Quais?

PIO no início do tratamento: _____

Pio atual: _____

Acuidade visual no início do tratamento: _____

Acuidade visual atual: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do Médico: _____