



Diretoria Geral de Atenção Especializada
Coordenadoria Geral de Assistência Farmacêutica
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada

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

NOME DO PACIENTE: _____

Diagnóstico/CID 10: _____

Uso de maleato de timolol?

Sim () há quanto tempo? _____

Não ()

Reações adversas?

Sim () Não ()

Quais?

PIO no início do tratamento: _____

PIO atual: _____

Acuidade visual no início do tratamento: _____

Acuidade visual atual: _____

DATA ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico