

# EXAME OFTALMOLÓGICO - ATLETA PROFISSIONAL



Somente um oftalmologista pode realizar esse exame e preencher este formulário.

Por favor, preencha este formulário na sua totalidade.

\_\_\_/\_\_\_/2018

Para/To: Comissão Atlética Brasileira de MMA - CABMMA

Nome Completo/Full Name: \_\_\_\_\_

Sexo/Gender: ( ) Masculino/Male ( ) Feminino/Female

Data de Nascimento/Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do Médico Oftalmologista responsável: \_\_\_\_\_

Cidade do Médico Oftalmologista responsável: \_\_\_\_\_

O solicitante já teve alguma das seguintes condições:

- 1) Visão turva: ( ) SIM ( ) NÃO
- 2) Já foi feito algum procedimento cirúrgico nos olhos ou nos tecidos ao redor dos olhos? ( ) SIM ( ) NÃO

Se SIM, por favor, explique:

---

---

- 3) O solicitante já foi informado por um médico que ele(a) tinha problemas oculares significativos, como descolamento de retina, glaucoma primário ou secundário, afacia, pseudofacia ou catarata? ( ) SIM ( ) NÃO

Se SIM, por favor, explique:

---

---

- 4) Alguma doença nos olhos? ( ) SIM ( ) NÃO

Doenças ou lesões: \_\_\_\_\_

- 5) Algum ferimento no olho? ( ) SIM ( ) NÃO

Doenças ou lesões: \_\_\_\_\_

- 6) Já foi feita cirurgia de descolamento de retina nos olhos? ( ) SIM ( ) NÃO

Informe em qual olho e aonde a cirurgia foi realizada: \_\_\_\_\_

- 7) Já foi feita cirurgia Lasik em algum dos olhos? ( ) SIM ( ) NÃO

Informe em qual olho e aonde a cirurgia foi realizada: \_\_\_\_\_

EXAME OFTALMOLÓGICO - ATLETA PROFISSIONAL



Nome Completo / Full Name: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / **2018**

**EXAME**

**VISÃO:** Sem / Melhor correção Se um olho é 20/40 ou pior com a melhor correção

Direito \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Direito \_\_\_\_ Sph \_\_\_\_ Cyl x \_\_\_\_ Acuity \_\_\_\_\_

Esquerdo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Esquerdo \_\_\_\_ Sph \_\_\_\_ Cyl x \_\_\_\_ Acuity \_\_\_\_\_

Ambos os olhos sem correção \_\_\_\_\_

Intra-ocular Direito \_\_\_\_\_ mmHg Observações: \_\_\_\_\_

Tensão Esquerdo \_\_\_\_\_ mmHg \_\_\_\_\_

Motilidade Normal \_\_\_\_\_ Anormal \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Visão Binocular Normal \_\_\_\_\_ Anormal \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**EXAME SLIT LAMP**

	<u>NORMAL</u>	<u>ANORMAL</u>	<u>ESPECIFICAR ANOMALIAS</u>
	Direito/Esquerdo	Direito/Esquerdo	
Conjuntiva	____ / ____	____ / ____	_____
Córnea	____ / ____	____ / ____	_____
Iris/Púpidas	____ / ____	____ / ____	_____
Lentes	____ / ____	____ / ____	_____
Pálpebras	____ / ____	____ / ____	_____

**OFTALMOSCOPIA INDIRETA COM DEPRESSÃO ESCLERAL (PUPILA DILATADA)**

	<u>NORMAL</u>	<u>ANORMAL</u>	<u>ESPECIFICAR ANOMALIAS</u>
	Direito/Esquerdo	Direito/Esquerdo	
Disco	____ / ____	____ / ____	_____
Macula	____ / ____	____ / ____	_____
Vasos	____ / ____	____ / ____	_____
Retina periférica	____ / ____	____ / ____	_____

Assinatura e Carimbo do Médico (Oftalmologista): \_\_\_\_\_

# EXAME OFTALMOLÓGICO - ATLETA PROFISSIONAL



## RELATÓRIO DO EXAME DE OLHO PARA ATLETAS PROFISSIONAIS DE MMA por um Oftalmologista

A comissão deverá negar, suspender, revogar, ou colocar restrições sobre a licença de um lutador profissional de MMA devido a uma condição médica ou visual, incluindo mas não limitando aos seguintes pontos:

- 1) Acuidade visual sem correção menor que 20/200 em ambos os olhos ou 20/60 em ambos os olhos;
- 2) Acuidade visual menor que 20/60 em ambos os olhos, independentemente da sua causa;
- 3) Um campo visual de 60 graus ou menos, que se estende ao longo de um ou mais quadrantes do campo visual;
- 4) Presença ou histórico de descolamento de retina ou ruptura da retina se não foram tratados por um oftalmologista e, em seguida, aprovado por um oftalmologista especificado pela comissão que, em seguida, avaliará se o lutador está sem nenhum risco significativo da lesão ser retomada para a retina.
- 5) Presença de glaucoma primário ou secundário, com ou sem essa condição ter sido tratado;
- 6) A presença de afacia, pseudofacia, lente deslocada ou catarata em ambos os olhos;
- 7) Qualquer outra condição visual que a comissão determine que impediria o requerente ou licenciado de participar de uma luta de MMA de forma segura.

O médico examinador é solicitado à enviar uma cópia de qualquer relatório, diretamente para o comitê de um atleta que tenha uma condição que possa impedir que ele/ela seja licenciado.

**Com base em sua observação pessoal e revisão dos resultados dos testes, e considerando as regras da Comissão, é a sua opinião médica de que o atleta está, do ponto de vista oftalmológico, APTO para ser licenciado e competir em esportes de combate?**

Sim  Não

Observações Médicas:

---

---

---

Assinatura do Atleta

Assinatura e **Carimbo** do Médico (Oftalmologista)

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/2018