

Introdução ao Controlo da Miopia

Documento do Paciente

Este documento descreve os passos a seguir para alcançar os melhores resultados no tratamento de controlo da miopia.

O nosso compromisso	Professional (assinalar as caixas)
Iremos monitorizar e seguir o progresso do paciente, e manter-nos-emos a par da investigação sobre o controlo da miopia para garantir que tanto pais como filho(s) recebam os melhores conselhos a cada consulta.	☐
Sugerimos um calendário de seguimento/consultas para acompanhar o progresso e evolução do paciente/seu filho.	☐
Recomendamos que o paciente/seu filho use o tratamento durante a maior parte do tempo em que estiver acordado, mesmo em tarefas que exijam visão ao perto.	☐
Ensinamos o paciente/seu filho a forma de utilização e os cuidados a ter com as suas lentes de contacto, incluindo como colocar e retirar.	☐

Nome:

Assinatura:

Data:



O vosso compromisso	Pais/ Tutores (assinalar as caixas)	Paciente (opcional, assinalar as caixas)
Compreendo que o tratamento de controlo da miopia ajudará o meu filho a ver nitidamente e poderá ajudar a abrandar o aumento da miopia. Compreendo que os resultados individuais variam.	☐	☐
Comprometo-me a vir a consultas de seguimento regulares para fazer um controlo assíduo dos olhos do meu filho e a acompanhar os seus progressos.	☐	☐
Compreendo a importância de fazer o tratamento durante a maior parte do dia (por exemplo: ler, ver TV, utilizar o computador ou o telemóvel, ir ao cinema, estudar ou durante todo o horário escolar) ou conforme recomendado pelo Profissional de Saúde Visual.	☐	☐
Compreendo que o manuseamento correto e os cuidados adequados do tratamento são importantes e que posso contactar-vos se tiver dúvidas ou se for necessário fazer ajustes.	☐	☐

Nome (pai/mãe/tutor):

Assinatura (pai/mãe/tutor):

Data:

Assinatura do paciente (opcional):

Data:
