

## TRIAGEM VISUAL

Nome da criança: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_\_ Data da triagem: \_\_\_\_\_

Nome do pai/mãe: \_\_\_\_\_

Nome da pessoa que está preenchendo o formulário: \_\_\_\_\_

Relação com a criança, se não for pai/mãe ou responsável: \_\_\_\_\_

### **Responda a estas perguntas, acrescentando explicações conforme necessário.**

A criança já foi avaliada por um especialista em visão?  Sim  Não

Quem: \_\_\_\_\_ Quando: \_\_\_\_\_

Resultados relatados: \_\_\_\_\_

A criança:

1. vira um ou ambos os olhos?  Sim  Não \_\_\_\_\_

Vira para dentro  Vira para fora  Vira para dentro e para fora em momentos diferentes

2. cutuca, esfrega ou cobre persistentemente os olhos?  Sim  Não \_\_\_\_\_

3. tem lacrimejamento incomum e persistente nos olhos?  Sim  Não \_\_\_\_\_

4. tem pequenos movimentos vibratórios ou espasmódicos nos olhos?  Sim  Não \_\_\_\_\_

5. faz pouco ou nenhum contato visual?  Sim  Não \_\_\_\_\_

6. mantém a cabeça inclinada ou em outro ângulo incomum?  Sim  Não \_\_\_\_\_

7. chega muito perto de brinquedos ou livros para enxergar?  Sim  Não \_\_\_\_\_

8. age de forma inquieta ou desinteressada durante a roda de conversa e/ou hora da história?

Sim  Não \_\_\_\_\_

9. evita olhar para objetos ou para rostos que estejam a 24 polegadas (60 cm) de seu rosto?

Sim  Não \_\_\_\_\_

Ao olhar para a frente, a criança não enxerga objetos ou pessoas em um determinado campo de visão?

à direita da criança?  Sim  Não \_\_\_\_\_

à esquerda da criança?  Sim  Não \_\_\_\_\_

abaixo do olhar da criança?  Sim  Não \_\_\_\_\_

acima do olhar da criança?  Sim  Não \_\_\_\_\_

A criança esbarra em objetos?  Sim  Não \_\_\_\_\_

De um lado com mais frequência do que do outro?

Esquerdo  Sim  Não \_\_\_\_\_

Direito  Sim  Não \_\_\_\_\_

A criança cai muito?  Sim  Não

A criança parece olhar para as coisas com sua visão lateral em vez de olhar diretamente para elas?

Sim  Não \_\_\_\_\_

A criança tem dificuldade de equilíbrio e movimento?

Sim  Não \_\_\_\_\_

A criança frequentemente derruba ou derrama itens (por exemplo, um copo) ao tentar pegá-los?

Sim  Não \_\_\_\_\_

A criança geralmente tenta pegar um objeto estendendo a mão para além dele ou não o suficiente para alcançá-lo?

Sim  Não \_\_\_\_\_

Quando você move um objeto na área à frente da criança, ela olha para o objeto durante toda a amplitude do movimento, de um lado para o outro?

Sim  Não \_\_\_\_\_

Você já se perguntou se a criança tem algum problema de visão?  Sim  Não

O pai, a mãe ou algum irmão da criança tem problema de visão?  Sim  Não

Inclua comentários adicionais:

---

---

---

---

---

Nome do responsável pela triagem em letra de forma \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela triagem \_\_\_\_\_

*Se a resposta de algum item for "sim", os resultados devem ser encaminhados, com a permissão dos pais, ao provedor de cuidados de saúde primários da criança com uma carta de apresentação.*