



## INFORMACIÓN DEL MÉDICO EXAMINADOR



**Proyecto: Estudios genéticos de los Desórdenes Congénitos con Desinervación de los Nervios Craniales:  
CFEOM, ptosis congénita, Síndrome de Duane , y otros desórdenes de la motilidad ocular**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

### **Para que complete el médico examinador:**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección, teléfono y correo electrónico :  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Está el paciente afectado por un desorden oftalmológico?  Sí  No

Ha tenido el paciente ptosis o cirugía oftalmológica?  No  Sí (por favor adjunte otra hoja describiendo la información correspondiente)

Se ha guardado alguna muestra de tejido-biopsia del paciente ?  No  Sí

(Descripción: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ )

### **Examen oftalmológico (por favor resuma llenando el gráfico de la página siguiente):**

➤ Examen de las pupilas y del punto ciego:  
\_\_\_\_\_

➤ Refracción: \_\_\_\_\_

➤ Ptosis:  severa  moderada  ausente

Ojo derecho: \_\_\_\_\_ Ojo izquierdo: \_\_\_\_\_ es simétrica? \_\_\_\_\_

➤ Posición del globo ocular en posición primaria de la mirada con la cabeza derecha:

Vertical: Posición hipotrópica (infraducción): OD\_\_\_ OS\_\_\_ OU\_\_\_  
Es un ojo más hipotrópico que el otro?

Comentarios: \_\_\_\_\_

Posición hipertrópica (supraducción): OD\_\_\_ OS\_\_\_ OU\_\_\_  
Es un ojo más hipertrópico que el otro?

Comentarios: \_\_\_\_\_

Horizontal: Posición exotrópica: OD \_\_\_ OS \_\_\_ OU \_\_\_ Comentarios:  
Posición esotrópica: OD \_\_\_ OS \_\_\_ OU \_\_\_ Comentarios:

➤ Movimientos de los músculos extraoculares (por favor describa el grado y dirección del movimiento):

\_\_\_\_\_ puede el paciente mover el ojo arriba de la línea media?

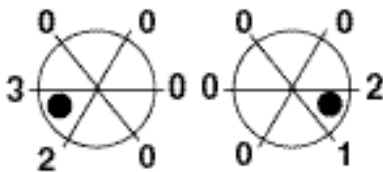
\_\_\_\_\_ tiene el paciente movimientos aberrantes cuando trata de mover los ojos?  No  Sí  
(describa por favor) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Se han tratado de forzar o restringir los movimientos oculares?  No  Sí  
(resultados: \_\_\_\_\_)

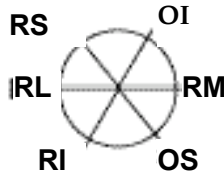
➤ **Diagrama de los ojos derecho e izquierdo en posición primaria de la mirada y rango de movimiento:**

**Coloque un punto negro para indicar la posición de la pupila cuando el ojo esta en posición primaria de la mirada con la cabeza derecha). Los movimientos se miden desde la posición primaria de la mirada del ojo.** 3= rango completo de movimiento; 2=restricción moderada; 1= restricción marcada; 0= ausencia de movimiento. IR, recto inferior; SR, recto superior; RL, recto lateral ; RM, recto medio ; OS, oblicuo superior; OI, iblicuo inferior.

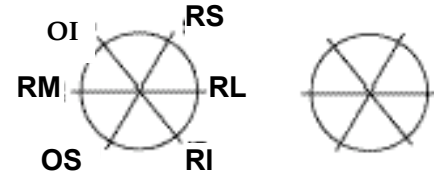
**Ejemplo:**



**Ojo derecho:**



**Ojo izquierdo:**



\_\_\_\_\_ se han encontrado otras afecciones? (En particular, debilidad facial, desórdenes musculares, otros problemas neurológicos?):

**Si se han encontrado otras afecciones médicas asociadas al defecto de los movimientos oculares (ej. Agenesia de miembro superior) por favor adjunte hojas adicionales describiéndolas.**

Por favor envíe este formulario y pregunte inquietudes a:

Caroline Andrews

Enders 550, The Children's Hospital, 300 Longwood Avenue, Boston, MA 02115;

Tel: 617-355-7311; Fax: 617-730-0253; E-mail: [candrews@enders.tch.harvard.edu](mailto:candrews@enders.tch.harvard.edu)