



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CIRURGIA PTERÍCEO

**1. Condições Gerais:** O(A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável \_\_\_\_\_, **declara**, para todos os fins legais, que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/PR sob o n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo Hoftalmar - Hospital e Banco de Olhos de Maringá, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: CIRURGIA DE EXERESE DE PTERÍCEO COM OU SEM AUTO TRANSPLANTE CONJUNTIVAL no olho \_\_\_\_\_, e todos o que incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico de CIRÚRGICA DE EXERESE DE PTERÍCEO COM OU SEM AUTO TRANSPLANTE CONJUNTIVAL, antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**2. Definição:** O oftalmologista constatou que as condições de seu olho parecem estáveis e que a realização de uma cirurgia de Exereze de Pteríceo pode ser realizada com efetivo sucesso. Porém antes de se submeter à cirurgia há diversos fatores de risco sobre os quais você precisa estar informado. Pteríceo é uma doença ocular benigna, caracterizada por proliferação conjuntival que se estende sobre a córnea, ou seja, uma membrana que cobre progressivamente a córnea, aparecendo geralmente no indivíduo que tem predisposição genética e normalmente com muita exposição ao sol e a poeira. É importante esclarecer que existe a possibilidade de recidiva após a cirurgia. Quanto maior for a exposição do olho operado aos reflexos de solda, ao vento e a poeira sem proteção, ao excesso de calor e frio, em resumo, às condições de poluição e insalubridade, quais sejam no ambiente de trabalho e/ou na vida pessoal.

### **3. Complicações:**

- 3.1. Infecção.
- 3.2. Uveíte, irite;
- 3.3. Alterações da forma ou tamanho da pupila;
- 3.4. Aumento da pressão do olho (glaucoma);
- 3.5. Atrofia ocular ou perda do olho.

**4. Infecção Hospitalar:** A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infections Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito e que são: a. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou unitário); b. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário); c. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária. d. Cirurgias infectadas – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso supuração local e/ou tecido necrótico).

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a EXERESE DE PTERÍCEO tenha o resultado pretendido. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício. O (A) médico (a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos



bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia. Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório. Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas. Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

**5. Conclusão.** Tendo ouvido, lido e aceito as explicações sobre os RISCOS E COMPLICAÇÕES, mais comuns desta cirurgia e das chances do seu INSUCESSO, declaro, através da minha assinatura aposta neste instrumento particular, o meu pleno e irrestrito consentimento para a sua realização.

Maringá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

### Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

### CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
RG N°

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente

\_\_\_\_\_  
RG N°

\_\_\_\_\_  
Nome

**Código de Ética Médica: Art. 22°** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24°** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31°.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34°.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.