



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CIRURGIA DE TRANSPLANTE DE CÓRNEA

**1. Condições Gerais:** Por meio deste documento, eu \_\_\_\_\_  
,nac. \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, RG. \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,  
end. \_\_\_\_\_

Autorizo o (a) medico (a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, e a equipe Hoftalmar, a realizar o tratamento cirúrgico designado **TRANSPLANTE DE CÓRNEA** no meu olho e todos os procedimentos oftalmológicos que integram e que se fizerem necessário, sob anestesia e demais condutas médico-cirúrgicas que o referido tratamento possa exigir.

**2. Estado Atual do Paciente:** Eu entendo que, de acordo com as explicações do oftalmologista, meu diagnóstico é \_\_\_\_, e em face das alterações corneanas presentes as quais, descritas em linguagem simples e explicadas detalhadamente pelo cirurgião e sua equipe, são a causa da baixa de visão de que sou portador.

**3. Tratamento Indicado e Decisão do Paciente:** Declaro ter sido suficientemente esclarecido pelo meu oftalmologista a respeito do meu diagnóstico e suas modalidades de tratamento, de maneira a me decidir, livremente, me submeter à cirurgia indicada **TRANSPLANTE DE CÓRNEA**, que, em termos leigos, consiste em trocar a córnea doente por uma córnea nova.

**4. Fundamento Legal:** Declaro ainda, livre de qualquer coação e constrangimento, para não restar nenhuma dúvida quanto à cirurgia proposta e a minha autorização em questão, que sou conhecedor dos princípios, indicações, riscos, complicações e resultados, bem como o cirurgião e sua equipe forneceram-me e, aos meus acompanhantes e/ou familiares, as informações referentes a cada um desses itens, de conformidade com o disposto no Código de Ética Médica: Artigo 34 - *É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.*

**5. Princípios e Indicações:** Após explicações de meu médico oftalmologista e sua equipe, compreendi que a cirurgia do **TRANSPLANTE DE CÓRNEA** é indicada quando há doenças ocasionando a *perda de transparência*, o *afilamento* ou a *perfuração da córnea*. Essas três condições podem ocorrer na presença de opacidades corneanas hereditárias (degenerações e distrofias) e adquiridas (cicatrizes secundárias a traumas, infecções, queimaduras químicas e outras); na presença de vasos sanguíneos invadindo a córnea (secundários a traumas, infecções, queimaduras químicas e outras); na presença do edema corneano por alterações endoteliais (por doenças hereditárias, congênitas ou não, após cirurgias ou inflações intraoculares); nas distrofias (ceratocone); nas doenças infecciosas (úlceras de córnea), inflamatórias e degenerativas; na presença de infecções corneanas ativas; e quando ocorre a falência ou rejeição de transplantes corneanos prévios. Igualmente declaro que fui esclarecido quanto aos tratamentos alternativos, não cirúrgicos da minha doença ocular (colírios, medicação sistêmica, ceratoplastia a laser) e que a opção

pelo transplante só foi considerada a pós definitiva observação de que o tratamento clínico, pelo menos isoladamente, não foi e/ou pode não ser capaz de curar ou deter a evolução da doença, e que a continuação do mesmo aumentaria a chance de graves complicações oculares (perfuração corneana, infecção intraocular, perda do olho), com acentuada diminuição da possibilidade de recuperação visual.

**6. Riscos e Complicações.** Declaro estar plenamente ciente de que a cirurgia a ser realizada, face a possibilidade da ocorrência de riscos e complicações, não permite ao cirurgião e sua equipe assegurar-me garantia expressa ou implícita de cura e que não está afastada a necessidade da continuação do tratamento clínico complementar. Além dos riscos possíveis associados a qualquer procedimento médico, clínico ou cirúrgico, tais como infecção, parada cardíaco-respiratória, reação alérgica etc., eu também fui esclarecido sobre possíveis complicações associadas especificamente à cirurgia ocular indicada no meu caso, **TRANSPLANTE DE CÓRNEA**, incluindo, entre outras: astigmatismo irregular, necessitando uso posterior de óculos, lentes de contato ou até cirurgia complementar, rejeição do transplante, opacidade de córnea, perda de visão, infecção, atrofia ou perda do olho. Há também riscos relacionados à anestesia local, dentre os quais perfuração do globo ocular, trauma do nervo óptico, oclusão da artéria central da retina, queda da pálpebra superior, redução da pressão arterial, interferência com a circulação da retina, hemorragia ao redor ou dentro do olho e crises convulsivas. Em raras ocasiões, pode haver lesão do nervo óptico ou perfuração do olho, o que pode resultar na perda da visão, sem ou com atrofia do globo ocular. Reações alérgicas ao anestésico podem ocorrer. Se for usada anestesia geral, há possibilidade da ocorrência de outras complicações, como parada respiratória, depressão respiratória e inclusive morte, o que é excepcional. Foi-me explicado e entendi que o prognóstico visual do transplante de córnea é extremamente variável, dependendo do tipo de lesão ou doença corneana e da associação com doenças ou alterações de outras estruturas oculares (cristalino, retina e nervo óptico). Compreendi também a possibilidade da ocorrência de complicações, especialmente em longo prazo, ainda não conhecidas pelos oftalmologistas, e que poderiam influenciar o resultado da cirurgia.

**7. Dúvidas e Esclarecimentos.** Por fim, declaro a minha plena satisfação quanto ao atendimento às minhas dúvidas e questões, o que me foi feito em linguagem clara, acessível e precisa pelo cirurgião e sua equipe, e que todos os espaços em branco foram preenchidos antes da minha assinatura.

**8. 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\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS: