



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – CIRURGIA VITREO-RETINIANA

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

Autorizo o (a) médico (a) Dr.(a) _____, CRM _____, e a equipe Hoftalmar, a realizar o tratamento cirúrgico designado **CIRURGIA VÍTREO-RETINIANA** no meu olho e todos os procedimentos oftalmológicos que integram e que se fizerem necessários (retinopexia, vitrectomia, criopexia, diatermopexia, endolaser, translocação macular, injeção de gás ou de óleo de silicone, iridectomia, 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 _____, que em termos leigos significa: _____, em face deste problema, o qual, descrito em linguagem simples e explicado detalhadamente pelo cirurgião e sua equipe, representa uma ameaça a minha visão e ao meu campo visual, podendo até mesmo conduzir à cegueira total e irreversível, culminando em atrofia e perda do olho afetado.

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 **CIRURGIA VÍTREO-RETINIANA**, que, em termos leigos, consiste em.

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.* Lei 8.078 de 11.09.90 - Código de Defesa do Consumidor: Artigo 9º - *O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.* Artigo 39 - *É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI - Executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.*

5. Princípios e indicações:

A cirurgia vítreo-retiniana é realizada com vistas ao tratamento de algumas doenças oculares que não só ameaçam ou levam à baixa de visão, como têm alto potencial de causar cegueira (descolamento de retina por ruptura e/ou tração vítrea, hemorragia vítrea de causas diversas, retinopatia diabética proliferativa, buraco macular, membrana epirretiniana, degeneração macular relacionada à idade, membrana vascular sub-retiniana secundária, retinopatia da prematuridade, opacidades vítreas de causas diversas, tumores intraoculares, descolamento de coróide,

luxação do cristalino ou do implante intraocular no vítreo, corpo estranho intraocular, pré-atrofia ocular).

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 de tratamento complementar com colírios (ou mesmo aplicação do laser) visando a reforçar a ação da cirurgia. 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, **CIRURGIA VÍTREO-RETINIANA**, incluindo, entre outras: ruptura e perfuração da esclera, edema de córnea, hemorragia intraocular, encarceramento da retina, ruptura retiniana, hipotonia ocular, estrabismo, visão dupla, infecção do implante, isquemia do segmento anterior e posterior, glaucoma secundário, descolamento de coroide, redescolamento da retina, catarata, edema de mácula, expulsão do implante, membrana macular, re proliferação vítrea e vítreo-retinopatia proliferativa, endoftalmite, atrofia ocular e cegueira. 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. Compreendo que não me pode ser dada garantia com relação a resultados, cura ou segurança desta cirurgia. Compreendo, também, que durante a sua realização podem surgir ocorrências imprevistas ou inesperadas, exigindo a realização de procedimentos adicionais que, desde já, autorizo que os mesmos sejam executados. A despeito de tudo isso, entendo que há mais risco para minha visão se eu não me submeter à cirurgia aqui proposta do que se eu me submeter a ela. 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, tudo isto na presença de duas testemunhas.

Maringá, ____ de _____ de 20 ____.

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS: