

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CORREÇÃO DE CIRURGIA DE GLAUCOMA

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**CORREÇÃO DE CIRURGIA DE GLAUCOMA**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: A cirurgia do glaucoma consiste em criar-se uma passagem por onde escoo o líquido que circula dentro do olho (Humor Aquoso), evitando o aumento da pressão ocular, à semelhança da válvula de segurança de uma panela de pressão. A cirurgia normal é um procedimento rápido, feito com anestesia local e nos casos habituais com 85 a 90% de chance de sucesso. Ela não deve ser considerada como última opção e sim a melhor opção para salvar estes olhos, para os quais o tratamento clínico não é suficiente para evitar a cegueira.

COMPLICAÇÕES:

- Descolamento de coróide;
- Infecção;
- Hemorragia (sangramento dentro ou fora do olho);
- Descolamento de retina (situação que normalmente requer cirurgia);
- Uveíte, irite (inflamação dentro dos olhos);
- Atrofia de íris;
- Perda da transparência da córnea;
- Alterações da forma ou tamanho da pupila;
- Deslocamento da lente implantada (algumas vezes necessitando de reposicionamento ou troca da lente);
- Visão dupla ou embaçada;
- Perda vítrea (“gelatina” que fica no interior do olho);
- Apagamento da câmara anterior;
- Neuropatia óptica isquêmica (atrofia parcial ou total do nervo do olho);
- Problemas com a circulação do fluido intraocular (humor aquoso);
- Aderência interna (cicatrizes intraoculares);
- Vazamento do líquido do olho;
- Ptose permanente (queda da pálpebra);
- Perda da Visão;
- Leve ptose (queda) palpebral;
- Edema (inchaço) ao redor do olho;
- Olho seco ou irritação (ressecamento ocular com coceira, ardência, sensação de areia e lacrimejamento).
- Reflexos ou leves distorções da lente implantada;
- Aumento, mudança nas formas e tamanho das moscas volantes (sombrias que se movem com os movimentos oculares);
- Mudança significativa do grau dos óculos;
- Dificuldade para piscar e visão dupla (normalmente temporário).

CBHPM – 3.03.10.03.2 ou 3.03.10.04.0 -

CID – H40. 9

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CORREÇÃO DE CIRURGIA DE GLAUCOMA

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Campos dos Goytacazes (RJ) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Testemunhas

Nome/RG

Nome/RG

Código de Ética Médica – Art. 22º. É vedado ao médico 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. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente 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. Art. 39º - 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.