

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CORREÇÃO DE ESTRABISMO

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 ESTRABISMO**”, 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:** Estrabismo é o termo médico para designar olhos que não estão perfeitamente alinhados, ou seja, um olho fixa em uma direção e o outro em direção diferente. Cirurgia corretiva de estrabismo é o procedimento que visa o alinhamento dos olhos. É um procedimento eletivo, e que não atua sobre as causas do estrabismo. A cirurgia é realizada nos músculos oculares que são reforçados, enfraquecidos, transpostos, conforme o caso demande. Pode-se operar um ou os dois olhos no mesmo ato.

### COMPLICAÇÕES:

O paciente deverá seguir os conselhos do profissional (médico) e realizar as prescrições indicadas para minimizar as possibilidades de ocorrência de complicações antes, durante ou depois da cirurgia. As complicações depois da operação podem ocorrer dias, semanas, meses ou anos após o ato cirúrgico e incluem:

- Falha em se obter o sucesso operatório;
- Descolamento de retina que pode necessitar cirurgia ou ser inoperável;
- Hemorragia vítrea;
- Infecção;
- Aumento da pressão do olho (glaucoma);
- Embaçamento corneano ou cicatrização excessiva;
- Catarata que pode necessitar remoção imediata ou tardia do cristalino;
- Visão dupla;
- Flacidez da pálpebra superior com posicionamento mais baixo;
- Diminuição da circulação dos tecidos vitais do olho resultando em diminuição ou perda da visão;
- Cegueira permanente, diminuição da visão central ou periférica;
- Atrofia ocular e perda do olho;
- As complicações locais decorrentes da injeção de anestésico ao redor do olho incluem: a) Perfuração do olho;
- Lesão do nervo óptico;
- Má circulação da retina;
- Possível queda da pálpebra superior;
- Depressão respiratória;
- Hipotensão arterial;
- Reações alérgicas a medicações usadas.

CBHPM – 3.03.11.01-2 a 3.03.11.05.5

CID – H50. 9

Olho Direito ( )

Olho Esquerdo ( )

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-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,

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CORREÇÃO DE ESTRABISMO

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 dano, 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.