

**SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA – CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA**

Nome do Paciente:	
Data de Nascimento:	Nº do Registro/Atendimento:

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_, equipe médica e assistentes, no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo, a realizarem o procedimento proposto – \_\_\_\_\_ – como forma de tratamento para \_\_\_\_\_. O médico explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente. Ficou claro que a cirurgia proposta não tem o objetivo nem a capacidade de restituir ou melhorar o potencial da minha visão, sendo o procedimento realizado com o único objetivo de tentar melhorar o controle da pressão intraocular.

Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante a cirurgia existem outras que podem ocorrer no pós-operatório imediato ou tardio.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Complicações técnicas durante a cirurgia que impeçam a sua realização.
2. Suspensão da cirurgia por impossibilidade da realização da anestesia ou por condições técnicas, clínicas ou administrativas surgidas imediatamente antes do ato cirúrgico e que não dependem da ação da equipe médica para sua resolução.
3. Infecção na região operada, que geralmente regride com antibióticos.
4. Febre e dor, que podem necessitar tratamento com medicamentos.
5. Complicações específicas do procedimento como vazamento pela bolha fistulizante, hipotonia, atalamia, descolamento de coróide, maculopatia hipotônica, perda da visão central (Wipe-out/Snuff Syndrome), uveíte anterior, hemorragia, aumento da pressão intraocular, bloqueio ciliar, formação de sinéquias, formação de catarata, bolha fistulizante encapsulada ou encistada, blebite, endoftalmite, cicatrização esteticamente inadequada, atrofia ocular e cegueira.
6. Complicações da anestesia local como reações alérgicas, 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.
7. Necessidade de tratamento complementar com colírios, ou um novo procedimento cirúrgico, visando a complementar ou reforçar a ação da cirurgia.
8. Outros riscos (especificar quando pertinente): \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a lista anterior pode não contemplar todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.

Fui informado também sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto, incluindo \_\_\_\_\_.

Reconheço que durante o procedimento médico ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste **consentimento**, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico for iniciado.

Autorizo também que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Concordo também com a administração dos anestésicos, em casos de anestesia geral, que sejam considerados necessários. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a anestesia.

Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao ambulatório/hospital nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir. Entendo ser parte fundamental do tratamento proposto a realização das consultas regulares pós-operatórias, o uso das medicações pós-operatórias adequadamente (definidas pelo médico e sua equipe) e o cumprimento das orientações pós-operatórias que se fizerem necessárias.

### CONCLUSÃO

Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com meu médico e sua equipe que o tratamento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:

---

Assinatura do paciente (ou responsável):

---

Documento de identificação: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução.