

TERMO DE CONSENTIMENTO - CIRURGIA DE GLAUCOMA

Por meio deste documento, eu, _____ Nascido, _____
Declaro, para todos os fins legais, especialmente em relação ao art. 39, VI, da lei 8.078/90, que dou plena autorização ao médico Dr. _____,
CRM MG _____, e sua equipe, para executar o tratamento cirúrgico designado Cirurgia
Fistulizante Antiglaucomatosa no meu olho _____ e todos os procedimentos oftalmológicos que
o integram e que se fizerem necessários, além da anestesia e outras condutas médico-cirúrgicas que
tal tratamento venha a exigir.

Afirmo estar plenamente consciente de que a cirurgia visa obter a recuperação da minha visão, mas que o resultado esperado pode não ser alcançado devido à possibilidade de ocorrência de complicações inerentes ao próprio ato cirúrgico.

Riscos e Complicações

A cirurgia envolve a criação de uma fistula no olho, violando a integridade do mesmo, podendo levar a endoftalmite, maculopatia hipotônica, acelerar a formação de catarata, dentre outras complicações.

Declaro estar ciente de que alguns dos riscos acima mencionados são mais prováveis em fumantes, obesos, pessoas com pressão alta, doença cardíaca ou diabetes mal controlado.

Declaro que o médico me informou sobre o procedimento, tratamentos alternativos, riscos significativos e complicações específicas para a minha pessoa.

Declaro, ainda, que posso desistir da realização do procedimento em qualquer tempo.

Por fim, volto a declarar que estou plenamente satisfeito quanto ao esclarecimento das minhas dúvidas e questões, o que foi feito em linguagem clara, acessível e precisa pelo cirurgião e sua equipe. Assim sendo, tendo ouvido e lido as explicações sobre os objetivos, riscos e complicações mais comuns da Cirurgia de Cirurgia Fistulizante Antiglaucomatosa, autorizo a realização deste procedimento em minha pessoa.

Belo Horizonte, _____.

Assinatura do paciente ou Responsável

Assinatura e carimbo do Médico