

TERMO DE CONSENTIMENTO CIRURGIA DE VITRECTOMIA

Por meio deste documento, eu, _____
Declaro, para todos os fins legais, especialmente em relação ao disposto no art. 39, VI, da lei 8.078/90, que dou plena autorização ao médico Dr. _____, CRM MG _____, e a sua equipe, para executar o tratamento cirúrgico designado Vitrectomia 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. Afirmando estar consciente de que a cirurgia visa obter a recuperação da minha visão, mas que o resultado esperado pode não ser alcançado devido à gravidade do quadro, presença de lesão irreversível da retina ou devido à possibilidade de ocorrência de complicações inerentes ao próprio ato cirúrgico. A Cirurgia de Vitrectomia possui os seguintes riscos específicos e limitações:
Em alguns casos, pode ser necessário efetuar mais de uma cirurgia.
Pode haver demora para que seja conhecido o resultado final da cirurgia. Embora muitos alcancem um bom resultado, isto depende de vários fatores, inclusive o tempo em que ocorreu o descolamento.
Há possibilidade de se desenvolver descolamento de retina no futuro no mesmo olho ou no olho oposto.
Há possibilidade de se desenvolver uma opacificação do cristalino (catarata), aumento da pressão dentro do olho (glaucoma), infecção ou sangramento interno trans-operatório ou após a operação. Quaisquer destes efeitos podem exigir tratamento posterior e inclusive resultar em perda da visão.
Há uma possibilidade extremamente pequena de que o olho oposto ao que foi efetuada a cirurgia possa apresentar inflamação, especialmente se ocorrerem complicações após a cirurgia. Isto é chamado Oftalmia simpática e pode afetar qualquer cirurgia dentro do olho. Embora isto possa ser tratado, em alguns casos, a visão pode ser perdida.
Causas de insucesso: formação de novas rupturas, cicatrização anômala na superfície da retina (PVR) e hemorragias podem comprometer o resultado final da cirurgia.
Entendo que alguns dos riscos acima mencionados são mais prováveis em fumantes, obesos, pessoas com pressão alta, doença cardíaca ou diabetes mal controlado.
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 VITRECTOMIA, autorizo expressamente a realização deste procedimento em minha pessoa.

Belo Horizonte, _____

Assinatura do paciente ou Responsável

Assinatura e carimbo do Médico