

TERMO DE CONSENTIMENTO - CATARATA

Por meio deste documento, eu, _____, nascido em _____, 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 Facoemulsificação com implante de Lente intraocular no meu olho _____, bem como 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, ao remover a catarata, a obtenção de melhoria em minha visão, mas que o resultado esperado pode não ser alcançado devido à presença de outras alterações oculares associadas à catarata (na córnea, na retina ou no nervo óptico) ou, ainda, devido à possibilidade de ocorrência de complicações inerentes ao próprio ato cirúrgico.

Igualmente, declaro estar ciente de que a cirurgia a ser realizada, em face da possibilidade de ocorrência de complicações, não permite ao cirurgião e à sua equipe assegurar-me a garantia expressa ou implícita da recuperação visual.

Riscos e Complicações

A cirurgia de catarata necessita da abertura do globo ocular para sua realização, o que expõe o olho ao risco de hemorragias e infecções. O trauma cirúrgico, mesmo sem intercorrências intra-operatórias, pode precipitar, em olhos predispostos, algumas complicações retinianas (edema, hemorragia, descolamento de retina) e inflamatórias. A implantação da lente intraocular, procedimento padrão nesse tipo de cirurgia, pode não ser possível ou aconselhável quando isso concorrer para aumentar as chances de complicações que venham a comprometer o olho e diminuir a possibilidade de recuperação visual.

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, autorizando expressamente a realização do procedimento da CATARATA em minha pessoa.

Belo Horizonte, _____.

Assinatura do paciente ou Responsável

Assinatura e carimbo do Médico