

TERMO DE CONSENTIMENTO - VITRECTOMIA**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF: _____ RG: _____ Telefone: () _____

Nome da mãe: _____

PROCEDIMENTO :

Trata-se do tratamento cirúrgico designado VITRECTOMIA, o qual se caracteriza pela remoção, total ou parcial, do gel vítreo, um fluido gelatinoso e transparente que ocupa a maior parte do globo ocular, cujas funções são absorver impactos e manter o formato do olho.

OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

Melhora da visão do olho operado.

ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS CIRÚRGICAS

Previamente à realização da cirurgia, o paciente deverá realizar e apresentar todos os exames necessários, tais como exame de sangue e eletrocardiograma, além da consulta pré-anestésica, visando verificar se poderá ser submetido ao procedimento. Ainda, deverá realizar jejum de 08 horas ao horário agendado para realização da cirurgia.

Após a realização do procedimento, o paciente deverá seguir estritamente as orientações do médico quanto à necessidade de repouso, utilização da medicação ministrada, higienização do local e posicionamento correto da cabeça.

RISCOS

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 há quanto tempo estava presente o descolamento.

Há possibilidade de eu desenvolver descolamento de retina no futuro no mesmo olho ou no olho oposto.

Há possibilidade de eu 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 em 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.

DÚVIDAS DO PACIENTE

Após a conversa com seu médico e leitura deste termo, restou alguma dúvida a ser esclarecida? SIM () NÃO () Qual?

_____**DECLARAÇÃO DO PACIENTE**

Eu, _____, paciente do

DR. _____, inscrito no CRMMG sob o nº

_____, declaro ter recebido todas as informações de meu médico acerca do procedimento ao qual serei submetido, seu objetivo, seus riscos e os cuidados que deverei observar antes e após a cirurgia, conforme estabelece o Código de Ética Médica e a Lei 8078/90, estando ciente de que a observância destes cuidados é fundamental para que se possa atingir o objetivo deste procedimento.

Declaro que informei ao profissional em meu prontuário ou no documento Ficha do Paciente sobre o uso de drogas (orais ou por outra via), alergias, tabagismo, uso de medicamentos como aspirina, remédios para resfriados, vitaminas, narcóticos, suplementos herbáceos, medicamentos para pressão, medicamentos para emagrecimento ou controle do peso (incluindo canetas emagrecedoras e medicamentos da classe dos agonistas do receptor de GLP-1), bem como outras informações pertinentes à minha saúde.

Declaro, ainda, estar ciente de que o resultado do procedimento pode ser diferente da minha expectativa inicial, uma vez que o dever do médico é dispor de todos os meios necessários para alcançar o resultado de seu trabalho, não havendo qualquer certeza ou garantir de estes resultados serão de fato alcançados.

Declaro, por fim, que não possuo qualquer outra dúvida e que estou me submetendo a este procedimento por livre e espontânea vontade, ficando reservado meu direito de desistir a qualquer tempo.

Belo Horizonte, _____

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do médico: _____