



## TERMO DE CONSENTIMENTO - CATARATA

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: (    ) \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

#### PROCEDIMENTO:

O tratamento cirúrgico de Catarata consiste na abertura do globo ocular para retirada do cristalino (lente natural do olho) danificado e implante de uma lente intraocular. É indicado para todos os estágios da doença, sendo que, quanto mais cedo ela for descoberta, mais rápida será a recuperação e menores serão as chances de complicações durante o procedimento. A cirurgia é praticamente indolor, uma vez que é aplicado colírio anestésico, e dura em média 20 minutos. Com uma caneta fina e delicada, o médico faz pequenas incisões no cristalino para facilitar a remoção da catarata e, logo após, a facoemulsificação retira e aspira os fragmentos da doença, por meio de um equipamento ultrassônico.

#### OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

Melhora da visão embaçada do olho operado. A cirurgia de catarata não restaurará a visão perdida por outras condições oculares, como degeneração macular, glaucoma e retinopatia diabética.

#### ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS CIRÚRGICAS

Previamente à realização da cirurgia, o médico irá medir seu olho para determinar o poder de foco adequado para a lente intraocular. Além disso, você será questionado sobre os medicamentos que toma, pois alguns deles precisarão ser pausados. Após a realização do procedimento, o paciente deverá seguir estritamente as orientações do médico quanto à necessidade de repouso, utilização da medicação ministrada e higienização do local.

No pós-operatório, o paciente deve evitar movimentos bruscos com a cabeça, evitar comprimir ou coçar a região operada, evitar usar maquiagem e cremes no rosto, evitar ambientes quentes e poluídos e proteger o olho de agentes externos como vapor, poeira, vento, shampoo e sabão. Evite também mergulhar em piscinas ou no mar por um mês. As atividades do dia a dia, como ler, assistir televisão, escrever e caminhar podem ser retomadas nos dias seguintes. Use óculos escuros em dias claros. Caso sinta dor, apresente olho vermelho ou qualquer outro desconforto após a cirurgia, o médico deve ser comunicado imediatamente.

#### RISCOS

Todo procedimento cirúrgico representa riscos à saúde do paciente, em maior ou menor grau, conforme a literatura médica, uma vez que podem ocorrer fatores imprevisíveis ou de força maior, independentemente da técnica empregada ou da vontade dos profissionais envolvidos durante ou após o ato cirúrgico. A cirurgia de catarata necessita da abertura do globo ocular para sua realização, o que expõe o olho ao risco de hemorragias e infecções.

São relatados pela literatura os seguintes riscos: sangramento no olho, edema, olho roxo, infecção ocular, inflamação, descolamento de retina, laceração e surgimento de glaucoma e astigmatismo pronunciado; visão embaçada, deslocamento do implante.

Ainda, 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) e igualmente devido à possibilidade de ocorrência de complicações inerentes ao próprio ato cirúrgico.

#### DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu paciente do(a) Dr.(a). \_\_\_\_\_, 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, assim como a respeito dos métodos terapêuticos alternativos, conforme estabelece o Código de Ética Médica e a Lei nº 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.

Comprometo-me a seguir todas as prescrições e cuidados indicados pelo médico, oralmente ou por escrito, pois, do contrário, poderei por minha vida, saúde ou bem-estar em perigo, ou ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes. Estou ciente de que devo buscar imediatamente atendimento médico, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como febre, sangramento, tontura ou dor.

Estou ciente de que, durante a recuperação nos dias seguintes à cirurgia, é normal sentir um leve inchaço ou inflamação da córnea que pode resultar em visão turva, ondulada ou distorcida.

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 estar ciente de que os resultados da cirurgia são variáveis, pois estes dependem de fatores tais como minhas características fisiológicas, minhas condições clínicas pré-procedimento, da ausência de intercorrência durante o procedimento e da observação dos cuidados pós-procedimento.

Compreendi que durante o tratamento pode ser necessário o uso de equipamentos ou instrumentos de observação invasivos. Foram explicados em detalhes os riscos e benefícios associados com esse tipo de monitoramento.

Tenho conhecimento que qualquer omissão da minha parte poder-me-á trazer prejuízos, comprometer o tratamento ao qual me submeto, causar sequelas ou acarretar danos à minha saúde.  
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, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Assinatura do paciente ou Responsável:

\_\_\_\_\_

Assinatura do médico:

\_\_\_\_\_