



TERMO DE CONSENTIMENTO - GLAUCOMA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

Nome do paciente: _____

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

Nome da mãe: _____

PROCEDIMENTO:

O glaucoma é caracterizado por uma alteração no nervo óptico, ocasionando danos às fibras nervosas e levando à perda de campo visual. A lesão, geralmente, é causada pelo aumento da pressão ocular ou por um fluxo sanguíneo irregular e deficiente na cabeça do nervo óptico. A elevação da pressão intraocular ocorre devido ao aumento ou deficiência da drenagem do humor aquoso, um líquido produzido na parte anterior do olho. O tratamento cirúrgico para glaucoma é indicado para os pacientes que já perderam parte da visão, hipótese em que os medicamentos que diminuem a pressão intraocular já não são capazes de produzir efeitos.

OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

Melhora da visão do olho operado. Esta cirurgia não recupera a visão perdida, já que os danos no nervo óptico são irreversíveis. O procedimento visa, portanto, apenas impedir a evolução da doença, possuindo caráter profilático, e não corretivo.

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 prescrita, higienização do local e posicionamento correto da cabeça.

Na primeira semana após o procedimento, o paciente deve ficar em repouso, evitar passar a mão na região do olho operado, evitar locais com muita claridade.

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 glaucoma necessita da abertura do globo ocular para sua realização, o que expõe o olho ao risco de hemorragias e infecções.

Apesar de se tratar de um procedimento rápido, com poucos riscos, fui esclarecido pelo médico sobre todas as complicações possíveis que podem ocorrer: a cirurgia pode levar à criação de endoftalmite (infecção no interior do olho), maculopatia hipotônica, acelerar a formação de catarata, dentre outras complicações. Caso haja lesão irreversível da retina ou ocorram complicações inerentes ao próprio ato cirúrgico, o resultado da cirurgia ficará comprometido.

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.

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 20____

Assinatura do paciente

Assinatura do médico
