

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

GLAUCOMA

O glaucoma é uma alteração em que a pressão do líquido que preenche o globo ocular está aumentada. Desta forma, a pressão intra-ocular vai aumentando progressivamente comprometendo a irrigação dos vasos sanguíneos que nutrem as estruturas visuais do fundo do olho, matando as células da retina e provocando perda progressiva da visão e estreitamento do campo visual. A cirurgia implica em criar um novo sistema de drenagem para o olho. O tipo mais comum é a trabeculectomia, uma cirurgia de filtração. É feito um caminho por onde o humor aquoso vai sair do interior do olho, caminhando para um espaço sob a conjuntiva. Isso evita o represamento do humor aquoso dentro do olho evitando que a pressão intra-ocular atinja níveis que possam causar danos à visão.

Riscos e complicações - Decorrentes da anestesia: perfuração do globo ocular, trauma do nervo óptico, oclusão da artéria central da retina e parada respiratória. Decorrentes da própria cirurgia: rotura e perfuração da esclera; edema de córnea; hemorragia intra-ocular, encarceramento da retina, rotura retiniana e hipotonia ocular; estrabismo e visão dupla; infecção do implante; isquemia do segmento anterior e posterior; glaucoma secundário; descolamento de coróide, redescolamento de retina; catarata; edema de mácula; expulsão do implante; membrana macular; re proliferação vítrea e vitreo-retinopatia proliferativa; endoftalmite; atrofia ocular e cegueira. Há ainda o risco de acidente com perfuro cortante, ao qual equipe assistencial e paciente estão expostos, neste caso deve-se seguir as condutas padronizadas institucionalmente.

Por meio deste documento, eu, _____ CPF _____ declaro, para todos os fins legais, especialmente no disposto no Art. 39, capítulo VI, da Lei 8.078/90, que dou plena autorização ao médico (a) Dr.(a). _____ CRM _____ e a sua equipe, para executar o tratamento cirúrgico designado “CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA” 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, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Afirmo estar plenamente consciente da minha situação ocular em face das alterações, as quais, descritas em linguagem simples e explicadas detalhadamente pelo cirurgião e sua equipe, poderão levar não só a uma acentuada baixa de visão, além de representarem uma constante ameaça de atrofia e perda do olho afetado.

Declaro ainda, livre de qualquer coação e constrangimento, para não restar nenhuma dúvida quanto à cirurgia proposta e a minha autorização em questão, que sou conhecedor dos seus princípios, indicações, riscos, complicações e resultados, declaro ainda, bem como o cirurgião e sua equipe me forneceram, e aos meus acompanhantes e/ou familiares, as informações referentes a cada um desses itens, de conformidade com o disposto no Art. 59 do Código de Ética Médica e nos Arts. 9º e 39º da Lei 8.078/90, abaixo transcritos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

GLAUCOMA

Igualmente declaro estar plenamente ciente de que a cirurgia a ser realizada, em virtude da possibilidade de ocorrência de riscos e complicações, não permite ao cirurgião e à sua equipe assegurar-me a garantia expressa ou implícita de cura. Não obstante, tendo ouvido, lido e aceito as explicações sobre os riscos e complicações mais comuns desta cirurgia e das chances de insucesso da mesma, declaro através de minha assinatura aposta neste documento, o meu pleno e irrestrito consentimento para sua realização, tudo isso na presença de testemunha.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____

Paciente ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico (a) Assistente e Carimbo

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Acompanhante

Nome: _____

RG/CPF: _____