

## Termo de Consentimento Informado - Injeção Intra-Vitrea

1. Eu, \_\_\_\_\_ autorizo a realização de uma injeção intra-vitrea no meu olho direito/esquerdo.
2. O(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ explicou-me a natureza e o propósito do procedimento no qual a substância será injetada dentro do meu olho. Há possibilidade de complicações raras que inclui risco de sangramento, infecção, aumento da pressão intra-ocular e turvação visual, que foram explicadas. Procedimentos alternativos, risco/benefícios também foram explicados. A explicação foi clara e entendida por mim e não tenho mais questionamentos.
3. Permito a administração de anestesia, se necessário. Entendi que o anestésico será administrado por pessoa qualificada e que a técnica e o anestésico administrados são apropriados.
4. Nenhuma garantia ou certeza foi dada por ninguém quanto ao resultado que será obtido.
5. É do meu conhecimento que li e entendi o que acima foi declarado e que todos os espaços em brancos desse documento foram preenchidos por meu consentimento.

Local: RIO DE JANEIRO      Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

---

Assinatura do paciente e CPF

---

Nome de testemunha, assinatura e CPF