

# Termo de Ciência e Consentimento

## Cirurgia Vítreo-retiniana

Através do presente instrumento particular, eu \_\_\_\_\_, declaro para todos os fins legais, em especial no dispositivo no Art. 39, VI, da Lei 8.078/90, que autorizo o(a) médico(a), **Dr.(a)** \_\_\_\_\_, **CRM** \_\_\_\_\_, a diagnosticar o meu estado de saúde ocular atual, bem como realizar o tratamento cirúrgico designado **CIRURGIA VÍTREO-RETINIANA** no meu **OLHO** \_\_\_\_\_ e todos os procedimentos oftalmológicos que o integram e que se fizerem necessários (retinopexia, vitrectomia, criopexia, diatermopexia, endolaser, retinectomia, remoção de membranas, injeção de gás, corantes, medicações ou implante de óleo de silicone), além da anestesia retro/peribulbar e demais condutas médico-cirúrgicas que o referido tratamento possa exigir (extração do cristalino com ou sem implante de lente intra-ocular, transplante de córnea, extração ou reposicionamento da lente intra-ocular).

Afirmo estar plenamente consciente da minha situação ocular em face das alterações vítreo-retinianas presentes

\_\_\_\_\_

as quais, descritas em linguagem simples e explicadas detalhadamente pelo cirurgião e sua equipe, eventualmente, poderão evoluir não só uma acentuada baixa de visão como também para infecção intra-ocular, 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 forneceram-me, 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 39 da Lei 8.078/90, abaixo transcritos:

**CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA: Artigo 59** - *É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.*

**LEI 8.078 DE 11 de setembro de 1990 - CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR: Artigo 9º** - *O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou à segurança deverá informar de maneira ostensiva e adequada a respeito de sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Artigo 39* - *é vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI - executar serviços sem prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.*

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 sua cura.

### **Princípios e indicações:**

A cirurgia vítreo-retiniana é realizada com vistas ao tratamento de inúmeras doenças oculares que não só ameaçam ou levam à baixa de visão, como têm alto potencial cegante (deslocamento de retina por rotura e/ou tração vítrea, hemorragia vítrea de causas diversas, retinopatia diabética proliferativa, buraco

macular, membrana epirretiniana, degeneração macular relacionada à idade, membrana vascular sub-retiniana secundária, retinopatia da prematuridade, opacidades vítreas de causas diversas, tumores intra-oculares, deslocamento de coróide, luxação do cristalino ou de lente intra-ocular no vítreo, corpo estranho intra-ocular, pré-atrofia ocular).

**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; hipotonia ocular; estrabismo e visão dupla; infecção extra ou intraocular; isquemia do segmento anterior e posterior; glaucoma secundário; descolamento de coróide; redescolamento de retina; catarata; edema de mácula; expulsão do implante; membrana epirretiniana; re proliferação vítrea e vitreo-retinopatia proliferativa; atrofia ocular e cegueira.

Por fim, declaro a minha plena satisfação quanto ao atendimento de minhas dúvidas e questões, o que me foi feito em linguagem clara, acessível e precisa pelo cirurgião e sua equipe e que todos os espaços em branco foram preenchidos antes da minha assinatura.

Não obstantemente, 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 duas testemunhas.

**Data:** \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Nome e Assinatura do(a) **paciente:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do(a) **responsável:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura da **primeira testemunha**

\_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura da **segunda testemunha**

\_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_