

Termo de Esclarecimento e Consentimento

ESTRABISMO

Atendendo ao **artigo 59** do CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA e aos **artigos 9º e 39** da Lei 8.078/90 do CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR e a recomendações do CFM (Conselho Federal de Medicina), o NOE está lhe entregando o presente documento de autorização, de caráter informativo sobre o procedimento cirúrgico a que você será submetido.

Por meio deste documento, eu, _____ declaro para os devidos fins e efeitos de direito que, em consulta com o Dr. (a) _____, CRM _____, profissional médico oftalmologista por mim escolhido, fui informado de que sou portador de **Estrabismo** e que após a realização de exames complementares necessários a investigação e conclusão diagnóstica, sabendo das alternativas de tratamento propostas, devidamente esclarecido e informado sobre as vantagens e desvantagens dos métodos possíveis, optei pela realização deste ato cirúrgico denominado **Cirurgia de Estrabismo**, com o qual concordo a ser submetido, pelo qual autorizo o médico acima e demais profissionais de sua equipe, a realizarem o referido ato cirúrgico, comprometendo-me a seguir todas as instruções pós-operatórias necessárias ao meu restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico, por ocasião do meu acompanhamento.

Sou sabedor de que devo informar antes da realização da cirurgia, aos cirurgiões e anestesistas, TODOS os medicamentos que estou utilizando, pois muitos podem causar problemas no período intra ou pós operatório como, por exemplo, sangramentos durante o ato cirúrgico.

Também fui informado de que a cirurgia, independente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica adequada a ser utilizada, sempre envolve riscos e pode levar a complicações conhecidas e ou imprevisíveis, mas que tudo será feito para impedir o seu aparecimento.

No caso específico da cirurgia ora indicada para o meu tratamento, fui informado de que as complicações mais frequentes são a **hipocorreção** (correção insuficiente) ou **hipercorreção** (correção excessiva), que poderão exigir nova intervenção cirúrgica futura e a **visão dupla** (diplopia) que geralmente é transitória mas, que em alguns casos pode se tornar permanente, as quais me foram explicadas pelo médico oftalmologista, tendo compreendido seus significados.

Estou ciente, ainda, de que podem ocorrer complicações durante o procedimento cirúrgico e que estas intercorrências podem exigir providências imediatas, a critério do médico, para assegurar minha integridade física e de minha saúde. Assim autorizo as medidas que forem necessárias, indicadas pelos médicos, incluindo eventual remoção de urgência, internação em unidade de terapia intensiva ou mesmo remoções para outras instituições com recursos que meu caso exigir.

Da mesma forma, fui informado de que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, aos anestésicos e demais medicamentos a serem utilizados.

Tenho conhecimento de que, durante o procedimento cirúrgico ou no período pós-operatório, podem aparecer situações inusitadas que requeiram procedimentos adicionais e não previstos na presente data e descritos neste informe, que poderão ser indicados visando o sucesso do tratamento.

Estou ciente de que seria impossível para o médico oftalmologista me descrever TODAS as complicações e/ou riscos possíveis de acontecer no tratamento que me está sendo proposto, mas que fui informado a respeito das situações mais frequentes.

Igualmente sou sabedor de que, apesar da capacidade técnica e dos esforços de meu médico, não existem garantias ou segurança ABSOLUTA do resultado desta cirurgia, com relação à cura da minha doença.

Ciente e de acordo com tudo que me foi esclarecido previamente, e sabedor de todos os seus riscos, autorizo a realização deste ato cirúrgico.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Nome: _____

Profissão: _____ RG: _____

Endereço: _____ CPF: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Grau de parentesco: _____

Assinatura do(a) médico(a): _____

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 8.078/90 – 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, entre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.