

Termo de Esclarecimento e Consentimento

GLAUCOMA

1. Condições Gerais

Por meio deste documento, eu, _____, declaro que autorizo o(a) médico(a) Dr(a). _____, CRM _____ e a sua equipe a realizar o tratamento cirúrgico designado CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA (TRABECULECTOMIA) no meu olho _____ e todos os procedimentos oftalmológicos que integram e que se fizerem necessários (iridectomia), além da anestesia e demais condutas médico-cirúrgicas que o referido tratamento possa exigir.

2. Estado Atual do Paciente

Eu entendo que, de acordo com as explicações do oftalmologista, meu diagnóstico é GLAUCOMA, que, em termos leigos significa um aumento da pressão do olho e, em face dos problemas associados ao aumento da pressão intra-ocular, os quais, descritos em linguagem simples e explicados detalhadamente pelo cirurgião e sua equipe, representam uma permanente ameaça a minha visão e ao meu campo visual, podendo até mesmo conduzir à cegueira total e irreversível do olho afetado.

3. Tratamento Indicado e Decisão do Paciente

Declaro ter sido suficientemente esclarecido pelo meu oftalmologista a respeito do meu diagnóstico e suas modalidades de tratamento, de maneira a decidir, livremente, submeter-me à cirurgia denominada CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA (TRABECULECTOMIA), que, em termos leigos, consiste em criar no meu olho uma nova via de saída de líquidos, de maneira a manter a pressão intra-ocular em níveis normais.

4. Fundamento Legal

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, 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 artigo 59 do Código de Ética Médica e nos artigos 9º e 39 da Lei 8.078/90, abaixo transcritos. 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 meus princípios, indicações, riscos, complicações e resultados, 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 artigo 34 do Código de Ética Médica e nos artigos 9º e 39 da Lei 8.078/90, abaixo transcritos:

Código de Ética Médica: Artigo 34 - 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 11.09.90 - Código de Defesa do Consumidor: Artigo 9º - O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da 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 a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

5. Princípios e indicações

Foi-me esclarecido que a cirurgia antiglaucomatosa tem por finalidade fazer baixar a pressão intra-ocular que é, quando alta, um dos mais importantes fatores de riscos do glaucoma. O glaucoma, através de lesões do nervo óptico (atrofia), causa baixa de visão e perda do campo visual, podendo mesmo levar à cegueira total e irreversível. A cirurgia não se destina a recuperar o que foi perdido em termos de visão e de campo visual, e sim estancar as perdas de ambos e sua atuação se dá através da criação de canais acessórios de drenagem do líquido intra-ocular.

Igualmente, declaro que fui plenamente esclarecido quanto aos tratamentos alternativos, não cirúrgicos, do glaucoma de que sou portador (medicamentoso oral ou com colírios e tratamento a laser) e que a opção pela cirurgia só foi considerada após definitiva observação de que o tratamento clínico, pelo menos isoladamente, não foi capaz de

controlar totalmente a pressão intra-ocular e mantê-la dentro dos limites adequados para evitar a progressiva perda de visão.

6. Riscos e Complicações

Declaro estar plenamente ciente de que a cirurgia a ser realizada, face a possibilidade da ocorrência de riscos e complicações, não permite ao cirurgião e sua equipe assegurar-me garantia expressa ou implícita de cura e que não está afastada a necessidade da continuação do tratamento complementar com colírios (ou mesmo aplicação do laser) visando a complementar a ação antiglaucomatosa da cirurgia.

Além dos riscos possíveis associados a qualquer procedimento médico, clínico ou cirúrgico, tais como infecção, parada cardíaco-respiratória, reação alérgica etc., eu também fui esclarecido sobre possíveis complicações associadas especificamente à cirurgia ocular indicada no meu caso, CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA, incluindo, entre outras: piora da visão, perda total da visão (em raros casos), acúmulo de líquido ou sangue no olho necessitando de cirurgia para drenagem, hemorragia dentro ou atrás do olho, inflamação crônica, infecção precoce ou tardia, desenvolvimento ou progressão de catarata que poderá exigir a sua extração futura (facectomia), persistência de irritação ou desconforto ocular, atrofia ou perda do olho. Às vezes, a pressão do olho pode ser tornar muito baixa ou muito alta e isso pode exigir outros tratamentos ou cirurgias. Algumas dessas complicações, principalmente a catarata, infecção ou fechamento da via de drenagem podem ocorrer anos após a cirurgia. Por essa razão e pelo fato de que a cirurgia visa ao controle da doença, que é crônica, e não tem cura definitiva, estou ciente de que terei de me submeter a controles periódicos por toda a vida.

Há também riscos relacionados à anestesia local, dentre os quais a depressão respiratória, queda da pálpebra superior, redução da pressão arterial, interferência com a circulação da retina, hemorragia ao redor ou dentro do olho e crises convulsivas. Em raras ocasiões, pode haver lesão do nervo óptico ou perfuração do olho, o que pode resultar perda da visão, sem ou com atrofia do globo ocular. Reações alérgicas ao anestésico podem ocorrer. Se for usada anestesia geral, há possibilidade da ocorrência de outras complicações, inclusive morte, o que é excepcional.

Compreendo que não me pode ser dada garantia com relação a resultados, cura ou segurança desta cirurgia. Compreendo, também, que durante a sua realização podem surgir ocorrências imprevistas ou inesperadas, exigindo a realização de procedimentos adicionais que, desde já, autorizo que os mesmos sejam executados. A despeito de tudo

isso, entendo que há mais risco para minha visão se eu não me submeter à cirurgia aqui proposta do que se eu me submeter a ela.

Compreendi também a possibilidade da ocorrência de complicações, especialmente em longo prazo, ainda não conhecidas pelos oftalmologistas, e que poderiam influenciar o resultado da cirurgia.

7. Dúvidas e Esclarecimentos

Por fim, declaro a minha plena satisfação quanto ao atendimento às 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.

8. Conclusão

Tendo ouvido, lido e aceito as explicações sobre os RISCOS E COMPLICAÇÕES, mais comuns desta cirurgia e das chances do seu INSUCESSO, declaro, através da minha assinatura aposta neste instrumento particular, o meu pleno e irrestrito consentimento para a sua realização. Ainda, autorizo a documentação da cirurgia por meio de fotografia ou vídeo para fins científicos, quando necessário.

Assinatura do paciente: _____

R.G.: _____

Assinatura de familiar: _____

R.G.: _____

Assinatura e carimbo do Médico