

## Termo de Esclarecimento e Consentimento

### TRANSPLANTE DE CÓRNEA

Declaro que desejo submeter-me voluntária e conscientemente à cirurgia para **Transplante de córnea** em meu olho ( ) direito ( ) esquerdo, estando ciente dos aspectos que vêm especificados a seguir:

- A cirurgia visa melhorar a visão, mas o resultado esperado pode não ser alcançado devido à existência de outras alterações oculares (como catarata, alterações da retina ou do nervo óptico, por exemplo).
- Diante de intercorrências ou complicações durante a cirurgia, pode haver necessidade de lançar mão de outros procedimentos cirúrgicos complementares para um melhor resultado cirúrgico.
- A melhora da visão ocorrerá lenta e gradativamente, geralmente nos primeiros 6 a 12 meses do pós-operatório, podendo ser necessário, às vezes, ainda mais tempo para que a visão se estabilize.
- Para a reabilitação visual, pode ser necessário o uso de óculos ou lentes de contato.
- O procedimento, como qualquer intervenção cirúrgica, oferece riscos a si inerentes, ainda que raros, tais como:
  - Processos inflamatórios leves, moderados ou graves (desconforto, coceira, sensação de repuxamento, edema palpebral e ptose-queda da pálpebra).
  - Infecção pós-operatória.
  - Sangramento discreto, moderado ou intenso, intra ou extra-oculares.
  - Alterações na retina (edema na mácula, hemorragias, descolamento da retina).
  - Alterações na pressão intra-ocular (glaucoma ou hipotonia)
  - Rejeição da córnea transplantada, que pode ocorrer em qualquer período após a cirurgia, mesmo após vários anos.
  - Perda da visão.

Tais alterações costumam ser transitórias e geralmente melhoram após a regressão do processo inflamatório, podendo ser perenes em raras circunstâncias.

- Devo, segundo orientação médica, adquirir e fazer uso de toda a medicação prescrita e comparecer a todas as consultas pós-operatórias, além de comunicar imediatamente quaisquer anormalidades que venham a ocorrer após a cirurgia.

Tendo sido esclarecido quanto a tudo que indaguei acerca da cirurgia a ser realizada, declaro que compreendi perfeitamente todas as informações contidas neste termo e autorizo a realização do procedimento.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Nome do paciente (ou Responsável)

---

Assinatura do paciente (ou Responsável)

---

Assinatura e carimbo do Médico