

## Termo de Esclarecimento e Consentimento

### TUMOR CONJUNTIVA

Declaro que desejo submeter-me voluntária e conscientemente à cirurgia para **Tumor de conjuntiva** em olho ( )Direito ( )Esquerdo, estando ciente dos aspectos que vêm especificados a seguir:

- O objetivo da cirurgia é a retirada por completo do tumor de conjuntiva.
- Após uma cirurgia bem sucedida, o tumor pode recidivar, ou seja, voltar a crescer, independente dos recursos médicos utilizados.
- Em alguns casos, dependendo do resultado do exame anátomo-patológico, nova cirurgia poderá ser necessária, como também tratamentos adicionais.
- No período pós-operatório podem ocorrer baixa acuidade visual (embaçamento da visão), dor, hiperemia (olho vermelho), fotofobia (intolerância a luz), desconforto, coceira, sensação de repuxamento, edema (inchaço), hematoma (coloração arroxeada na pele) e ptose (queda da pálpebra). Tais alterações costumam ser transitórias e geralmente melhoram após a regressão do processo inflamatório, podendo ser perenes em raras circunstâncias.
- O procedimento, como qualquer intervenção cirúrgica, mesmo sem intercorrências, oferece riscos potenciais a si inerentes, ainda que raros, tais como:
  - Processos inflamatórios leves, moderados ou graves na conjuntiva.
  - Infecção pós-operatória.
  - Deiscência de sutura, ou seja, os pontos se soltarem antes do tempo previsto, em virtude de infecção, inflamação exagerada, traumas locais ou espontaneamente.
  - Sangramento discreto, moderado ou intenso, o que pode exigir nova intervenção cirúrgica.
  - Piora transitória da visão devido à desepitelização (perda parcial da camada mais superficial) da córnea.
  - Afilamento em algumas áreas da córnea, o que geralmente melhora com o uso de colírios lubrificantes.
  - Mudanças transitórias ou definitivas no grau dos óculos.

- 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)

Núcleo de  
Oftalmologia  
Especializada

---

Assinatura e carimbo do Médico