

Termo de Esclarecimento e Consentimento

VÍTREO-RETINIANA

Declaro que desejo submeter-me voluntária e conscientemente a cirurgia **Vitreo-Retiniana**, declarando-me consciente do seguinte:

- O objetivo da cirurgia é tratar patologias vítreo-retinianas, tais como descolamento de retina, hemorragia vítreo-retiniana, membrana epi ou subretiniana, retinopatia diabética, buraco macular, dentre outras, podendo ainda ser necessário submeter-me, no mesmo ato, a facectomia com ou sem lente intra-ocular.
- A cirurgia visa melhorar a visão, mas o resultado esperado pode não ser alcançado devido a complexidade do caso e à existência de outras alterações oculares.
- Diante de intercorrências ou complicações durante a cirurgia, pode haver necessidade de lançar mão de outros procedimentos cirúrgicos complementares para um melhor resultado cirúrgico.
- Em alguns casos, novas cirurgias vítreo-retinianas poderão ser necessárias, bem como poderá ser necessário proceder-se a cirurgia de catarata.
- A melhora da visão ocorrerá gradativamente, geralmente após os primeiros 30 (trinta) dias do pós-operatório, podendo ser necessário, às vezes, ainda mais tempo para que a visão se estabilize.
- Declaro estar ciente de que, devido à complexidade da minha patologia, poderá não ser possível a recuperação da visão.
- 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 córnea transitórias (edema) ou definitivas (perda da transparência).
 - Perda da visão.

- 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