

## TERMO DE CONSENTIMENTO

### Para **APLICAÇÃO DE AVASTIN (BEVACIZUMAB)**

## TRATAMENTO PROPOSTO

O médico me explicou que **Eu**, \_\_\_\_\_  
tenho \_\_\_\_\_ no meu olho  
\_\_\_\_\_ e me recomendou a aplicação de Avastin (Bevacizumab).

## DESCRIÇÃO

O procedimento consiste em dilatar a pupila, se necessário, e fazer uma aplicação de anestesia. O medicamento é injetado dentro do vítreo (substância gelatinosa da câmara posterior do olho). A aplicação será efetuada na medida necessária e por intervalos regulares que o médico assistente informará.

O AVASTIN funciona através do bloqueio de uma substância conhecida como fator de crescimento vascular endotelial ou VEGF. O bloqueio ou inibição do VEGF ajuda a prevenir o crescimento de novos vasos sanguíneos.

## RISCOS E COMPLICAÇÕES

*Estes são os riscos mais comuns. Pode haver outros riscos infrequentes que não foram listados aqui. Por favor, pergunte ao seu oftalmologista as dúvidas gerais ou específicas relacionadas à patologia e ao procedimento.*

Entendo que a aplicação de AVASTIN tem os seguintes riscos específicos e limitações:

- Ainda que não haja estudos aprovados pela agência de “Administração de Medicamentos e Alimentação” dos EUA (FDA) sobre o uso do AVASTIN **no olho que provam que seja seguro e eficaz, há ensaios em desenvolvimento sobre uma medicação similar como também estudos sobre pessoas que receberam o AVASTIN “off-label”,** ou seja, a partir de uma interpretação por analogia.
- Ainda não são totalmente conhecidos os benefícios e riscos do AVASTIN intravítreo para condições do olho.
- É possível que sua condição não melhore ou piore.
- Qualquer ou todas as complicações podem causar redução da visão e/ou têm a possibilidade de causar cegueira.
- É possível que procedimentos adicionais sejam necessários para tratar as complicações.

## RISCOS ADICIONAIS IDENTIFICADOS PELO MÉDICO

O médico me informou que, além dos riscos já mencionados, existem os seguintes **riscos adicionais possíveis e complicações específicas** relacionados com a minha pessoa (registrados pelo oftalmologista):

## TERMO DE CONSENTIMENTO

### RISCOS CONHECIDOS DAS INJEÇÕES INTRAVÍTREAS

- É possível que sua condição não melhore ou que piore. Qualquer ou todas as complicações podem causar a redução da visão e/ou têm a possibilidade de causar cegueira. É possível que os procedimentos adicionais sejam necessários para tratar estas complicações.
- Riscos inerentes ao procedimento: aumento da pressão intra-ocular, hemorragia vítrea, descolamento de retina, catarata e infecção intra-ocular (endoftalmite).
- Qualquer medicamento tem o potencial de causar reações alérgicas em um número pequeno de pessoas. Os sintomas de uma reação alérgica podem incluir prurido e manchas. Em geral, é mais provável que as reações alérgicas aos medicamentos ocorram em pessoas que já tenham alergias a outros medicamentos, alimentos ou coisas no ambiente. Se você tem alergias a outros medicamentos, alimentos ou outras coisas no ambiente, ou se você tem asma, deve comunicar ao seu médico.

### DECLARAÇÃO DO PACIENTE

- Declaro que o médico me informou sobre o procedimento, tratamentos alternativos e respondeu às minhas preocupações específicas sobre o assunto.
- Declaro que discuti com o médico os riscos significativos e complicações específicas para a minha pessoa, e que considereei ao decidir me submeter ao procedimento.
- Concordo com quaisquer outros procedimentos considerados necessários no julgamento do médico durante a aplicação.
- Declaro que não recebi nenhuma garantia de que a aplicação será bem sucedida..
- Se ocorrer um dano com agulha com um membro da equipe durante o procedimento, dou permissão para coletar sangue para exame de doenças infecciosas e outros exames necessários. Se isto for necessário, entendo que será aconselhável realizá-los o mais breve possível após a aplicação.
- Declaro que ponderei todas as informações que recebi e AUTORIZO a aplicação do AVASTIN.

\_\_\_\_\_ Porto Alegre, de \_\_\_\_\_ de 200  
Assinatura do Paciente

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO

- Declaro que expliquei as eventuais consequências da aplicação do AVASTIN, e esclareci os riscos específicos relacionados com a condição do paciente.
- Dei ao paciente a oportunidade de perguntar sobre a patologia e o procedimento, e respondi a todas elas.

\_\_\_\_\_ Porto Alegre, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_