

TERMO DE CONSENTIMENTO
Para
CIRURGIA DE CATARATA COM/
SEM IMPLANTE DELENTE
INTRAOCULAR

TRATAMENTO PROPOSTO

O médico me explicou que Eu, _____
tenho **catarata** no meu olho _____ e me recomendou a **extração da catarata com/ou sem**
implantação de lente intraocular no mesmo.

DESCRIÇÃO

A cirurgia consiste na remoção da lente natural do olho devido ter-se tornado opaca, causando pouca passagem de luz. No procedimento se coloca um pequeno pedaço de material plástico (lente intraocular) no olho para substituir a lente natural. A lente ficará no olho permanentemente para melhorar a visão do paciente.

A operação é feita utilizando-se um microscópio e geralmente anestesia local. O cirurgião faz um pequeno corte na superfície do olho atrás da córnea e remove a lente, de várias maneiras, dependendo das características da catarata. Será colocada uma lente intraocular quando for aconselhável. A ferida é fechada e o olho coberto com um curativo.

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 sobre dúvidas gerais ou específicas relacionadas à patologia e ao procedimento.

Eu entendo que a **extração da catarata** tem os seguintes **riscos específicos e limitações**:

- Minha visão pode continuar a melhorar por 8 a 12 semanas, até que a cura esteja completa.
- Posso ter algum sangramento dentro do olho e haver a necessidade de um novo procedimento cirúrgico.
- A cobertura da frente do meu olho (córnea) poderá perder a transparência, afetando minha visão.
- A pupila do meu olho operado pode ficar irregular.
- Minha íris pode se tornar mais fina e mais fraca, e posso perder a função de mudar o tamanho da minha pupila em diferentes condições de iluminação, tornando meu olho mais sensível à luz forte.
- Eu posso desenvolver infecção no meu olho, o que pode requerer tratamento clínico com antibióticos e, em alguns casos graves reintervenção clínica para a retirada de material inflamado.
- A retina (parte do olho que recebe a luz) pode ser descolada, danificando minha visão e exigindo cirurgia posterior.
- Eu posso desenvolver aumento da pressão interna do olho (glaucoma), o que pode danificar minha visão se não for tratada.
- Eu posso ter visão dupla.
- Minha pálpebra pode se tornar caída no lado da operação.
- Há um risco muito pequeno que o olho oposto possa tornar-se inflamado, especialmente se as complicações ocorrerem após a operação. Esta é a chamada oftalmia simpática e pode afetar qualquer operação dentro do olho. Embora isto possa ser tratado, em alguns casos, minha visão pode ser perdida.
- A cirurgia do olho em qualquer condição sempre traz um pequeno risco que minha visão possa piorar ou ser totalmente prejudicada depois de uma operação. Ocasionalmente, posso perder o olho.

TERMO DE CONSENTIMENTO
Para
**CIRURGIA DE CATARATA COM/
SEM IMPLANTE DE LENTE
INTRAOCULAR**

- Em alguns casos, complicações podem ocorrer em semanas, meses ou mesmo anos após a operação.
- Outras condições que podem afetar a minha visão (exemplo: doenças degenerativas), podem coexistir e impedir que a operação seja bem sucedida.

RISCOS ADICIONAIS (a ser preenchido pelo oftalmologista)

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

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 fazer esta operação.
- Concordo com quaisquer outros procedimentos considerados necessários no julgamento do cirurgião durante a operação.
- Concordo em dispor para as autoridades do Hospital de quaisquer tecidos que possam ser removidos durante o procedimento. Eu entendo que alguns tecidos ou amostras podem ser mantidos como parte dos registros do meu hospital.
- Declaro que não recebi nenhuma garantia de que a operação será bem sucedida.
- Se ocorrer um dano com agulha com um membro da equipe durante a operação, dou permissão para coletar sangue para exame de doenças infecciosas e outros exames necessários. Se isto for necessário, entendo que será aconselhável realizar-los o mais breve possível após a cirurgia.
- Declaro que ponderei todas as informações que recebi e **AUTORIZO** a realização da cirurgia de catarata.

_____ 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 conseqüências da operação que será realizada, 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 200