

**TERMO DE CONSENTIMENTO**  
**Para**  
**CIRUGIA DE DESCOLAMENTO**  
**DE RETINA**

**TRATAMENTO PROPOSTO**

O médico me explicou que Eu, \_\_\_\_\_  
tenho **descolamento de retina** no meu olho \_\_\_\_\_ e me recomendou **cirurgia retiniana** no mesmo.

**DESCRIÇÃO**

O descolamento de retina geralmente significa um ou mais rasgos que se desenvolveram na retina e formaram células nervosas que são sensíveis à luz. O líquido dentro do olho pode ir para trás da retina e levantar estes tecidos, danificando a visão.

A cirurgia consiste em bloquear os xxxx e buracos que estão provocando o descolamento da retina e reposicioná-la em seu local anatômico. xxxx xxx cicatriz xxx com Laser ou crioterapia, de maneira que esta retina fique no lugar e desta maneira tenha condições de voltar a funcionar de maneira efetiva.

As técnicas dependem do caso individual, de modo que o oftalmologista discutirá o procedimento que será realizado no paciente.

**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 as dúvidas gerais ou específicas relacionadas à patologia e ao procedimento.*

Eu entendo que a **cirurgia de descolamento de retina** possui os seguintes **riscos específicos e limitações**:

- Embora a maioria dos descolamentos de retina possa ser tratado, uma pequena proporção (aproximadamente 5%) não pode ser reparada, mesmo com o procedimento realizado.
- Em alguns casos, pode ser necessário se efetuar mais de uma cirurgia.
- Pode demorar cerca de 18 meses até que seja conhecido o resultado final da cirurgia. Embora muitos alcancem um bom resultado, isto depende de vários fatores, inclusive há quanto tempo estava presente o descolamento. Em uns poucos casos, a condição subjacente não pode ser tratada e a perda da visão não pode ser evitada.
- Pode não ser possível prever antes da cirurgia quais os casos que serão bem sucedidos.
- Há possibilidade de eu desenvolver deslocamentos de retina no futuro no mesmo olho ou no olho oposto.
- Há possibilidade de eu desenvolver uma opacificação do cristalino (catarata), aumento da pressão dentro do olho (glaucoma), infecção ou sangramento interno trans-operatório ou após a operação. Quaisquer destes efeitos podem exigir tratamento posterior e inclusive resultar em perda da visão.
- Há uma possibilidade extremamente pequena (1: 17.000 casos) que o olho oposto ao que foi efetuada a cirurgia possa apresentar inflamação, especialmente se ocorrerem complicações após a cirurgia. Isto é chamado “oftalmia simpática” e pode afetar qualquer cirurgia dentro do olho. Embora isto possa ser tratado, em alguns casos, a visão pode ser perdida.
- Causas de insucesso: formação de novas rupturas e cicatrização anômala na superfície da retina (PVR)..

Entendo que alguns dos riscos acima mencionados são mais prováveis se eu sou fumante, obeso, tenho pressão alta ou doença cardíaca.

**TERMO DE CONSENTIMENTO**  
**Para**  
**CIRUGIA DE DESCOLAMENTO DE**  
**RETINA**

**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):

**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 considerei ao decidir fazer esta operação.
- Concordo com quaisquer outros **procedimentos** considerados necessários no julgamento do médico durante a operação.
- Concordo em dispor para o 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 descolamento de retina.

\_\_\_\_\_ 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 de interesse particular para o paciente.
- Dei ao paciente a oportunidade de perguntar sobre a patologia e o procedimento, e respondi a todas elas.

\_\_\_\_\_ Porto Alegre, de \_\_\_\_\_ de 200