

**TERMO DE CONSENTIMENTO  
GENÉRICO  
Para  
(Especificar)**

**TRATAMENTO PROPOSTO**

O médico me explicou que Eu, \_\_\_\_\_  
tenho \_\_\_\_\_ no meu olho \_\_\_\_\_ e me recomendou  
\_\_\_\_\_

**DESCRIÇÃO**

**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 o procedimento proposto tem os seguintes **riscos específicos e limitações**:

▪

<b>TERMO DE CONSENTIMENTO</b> <b>Para</b> <b>(Especificar)</b>	
<b>RISCOS ADICIONAIS (a ser preenchido pelo oftalmologista)</b>  O médico me informou que, além dos riscos já mencionados, existem os seguintes <b>riscos adicionais possíveis e complicações específicas</b> relacionados com a minha pessoa:	
<b>DECLARAÇÃO DO PACIENTE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Declaro que o médico me informou sobre o procedimento, tratamentos alternativos e respondeu às minhas preocupações específicas sobre o assunto.</li> <li>▪ Declaro que discuti com o médico os riscos significativos e complicações específicas para a minha pessoa, e que considereei ao decidir fazer esta operação.</li> <li>▪ Concordo com quaisquer outros <b>procedimentos</b> considerados necessários no julgamento do cirurgião durante a operação.</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Declaro que não recebi nenhuma garantia de que a operação será bem sucedida.</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Declaro que ponderei todas as informações que recebi e <b>AUTORIZO</b> a realização do procedimento (especificar) _____.</li> </ul> <p style="text-align: right;">_____ Porto Alegre, de _____ de 200</p> <p style="text-align: center;">Assinatura do Paciente</p>	
Nome do Responsável: _____ Grau de Parentesco: _____ Carteira de Identidade: _____  _____ <p style="text-align: center;">Assinatura</p>	
<b>DECLARAÇÃO DO MÉDICO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Declaro que expliquei as eventuais conseqüências do procedimento que será realizado, e esclareci os riscos específicos relacionados com a condição do paciente.</li> <li>▪ Dei ao paciente a oportunidade de perguntar sobre a patologia e o procedimento, e respondi a todas elas.</li> </ul> <p style="text-align: right;">_____ Porto Alegre, de _____ de 200</p>	