

**TERMO DE CONSENTIMENTO**  
**Para**  
**CIRURGIA REFRACTIVA DO TIPO**  
**LASIK**

**TRATAMENTO PROPOSTO**

O médico me explicou que Eu, \_\_\_\_\_, posso obter a correção de erro refracional no(s) meu(s) olho(s) \_\_\_\_\_ através da **cirurgia refrativa do tipo lasik**, mas sei também da possibilidade de ter que seguir usando óculos ou lentes de contato. O objetivo da cirurgia é diminuir a dependência em relação ao uso de óculos ou lentes de contato.

A cirurgia consiste na aplicação do laser, após a delaminação mecânica automática da córnea, com cerca de 1/3 da espessura corneana, seguindo-se o reposicionamento do “flap” no seu lugar original. Ao ser aplicado o laser, o paciente ouvirá um som parecido com um estalido e sentirá um cheiro diferente. O computador acoplado ao laser comandará a quantidade, intensidade e número de disparos necessários para corrigir o seu grau, de acordo com dados do seu exame.

**RISCOS**

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

Entendo que a **cirurgia de lasik** tem os seguintes **riscos específicos e limitações**:

- É possível que os resultados desejados da cirurgia não sejam obtidos e haja necessidade de um tratamento posterior com laser (retoque), ou pode ser necessário o uso de óculos ou lentes de contato para atingir uma visão útil.
- Se o médico julgar necessário, poderá cancelar a cirurgia antes ou após a realização do “flap” corneano.
- Em raros casos, condições como ofuscamento visual, halos e visão borrada, podem permanecer após a cirurgia.
- Durante o período de cicatrização poderá ocorrer dor, visão dupla, edema de córnea, sensação de corpo estranho, imagens em sombra, sensibilidade aumentada à luz, e lacrimejamento.
- Pode ocorrer dificuldade visual, sobretudo nos primeiros dias.
- Alguns pacientes podem apresentar aumento da pressão intra-ocular no pós-operatório.
- Em casos raros pode haver diminuição da acuidade visual, mesmo com o uso de óculos ou lentes de contato, após a cirurgia, decorrente de complicações inerentes ao procedimento.
- Pode ocorrer em alguns pacientes a hipocorreção (correção menor do que a desejada ou planejada – ex.: corrigir 3 graus quando se pretendia corrigir 4 graus.
- Pode ocorrer a hipercorreção (correção acima do programado, mas é incomum.
- Infecção é extremamente rara. Em casos severos pode comprometer severamente a visão.
- Pode ocorrer dor e desconforto após a cirurgia, sobretudo nas primeiras 72 horas.
- Halos ao redor de luzes e ofuscamento noturno podem ocorrer, principalmente em pacientes com pupilas muito grandes. Diminuem com o tempo, embora não totalmente em alguns pacientes.
- Opacidade da córnea é uma alteração na transparência da córnea devido a cicatrização excessiva. Tende a melhorar com o tempo, embora não totalmente.

**TERMO DE CONSENTIMENTO**  
**Para**  
**CIRURGIA REFRACTIVA DO TIPO**  
**LASIK**

**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 entendi os esclarecimentos prestados pelo meu médico sobre o procedimento a ser efetuado, tratamentos alternativos, assim como respondeu, de forma clara e esclarecedora, as minhas preocupações sobre a cirurgia e seus resultados.
- Declaro que recebi os devidos esclarecimentos do médico sobre os riscos e complicações específicas relacionadas à minha pessoa, que eu considere ao decidir fazer esta operação.
- Estou informado(a) que é possível que eu tenha que continuar a usar óculos ou lentes de contato após a cirurgia.
- Estou informado (a) que a qualidade da minha visão pode ficar abaixo do esperado.
- Concordo que é importante a realização de exames periódicos de revisão, de acordo com a orientação médica.
- Entendo que não existe garantia de pleno êxito na operação e que é impossível prever todas as complicações que podem ocorrer.
- Declaro que ponderei todas as informações que recebi e **AUTORIZO** a realização da cirurgia refrativa tipo LASIK.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO**

- Declaro que expliquei as eventuais consequências 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.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico -- Cremers:

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