

TERMO DE CONSENTIMENTO

Para

TRANSPLANTE DE CÓRNEA

TRATAMENTO PROPOSTO

O médico me explicou que Eu, _____ sou portador de uma anomalia na córnea do meu olho _____ e me recomendou um **transplante de córnea**

DESCRIÇÃO

O transplante de córnea é feito para melhorar a visão, aliviar a dor, tratar doenças corneanas e proteger as estruturas internas do olho ou para melhorar a estética.

O transplante é uma cirurgia que troca a porção central da córnea doente por uma córnea sadia doada. Este procedimento cirúrgico é delicado e consiste na remoção da córnea doente com um instrumento cirúrgico – o trépano – e a colocação da nova córnea que é fixada com um fio especial mais fino que um fio de cabelo, com o auxílio de um microscópio cirúrgico.

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 **Transplante de Córnea** apresenta os seguintes **riscos específicos e limitações**:

- Qualquer procedimento cirúrgico implica em riscos potenciais, e é possível que esta cirurgia possa piorar a sua visão.
- Possíveis complicações incluem: astigmatismo, inflamação, infecção, sangramento, descolamento da retina, formação de catarata e glaucoma.
- O transplante de córnea geralmente é bem sucedido, mas em alguns casos pode evoluir para rejeição do enxerto corneano.
- Pode ocorrer rejeição ou deslocamento da córnea transplantada, causando a necessidade de outra cirurgia.
- Vermelhidão, sensibilidade à luz, diminuição da visão ou dor são sinais de advertência de rejeição, o que deve ser informado imediatamente ao médico.
- Quando a rejeição é identificada cedo, ela pode ser revertida em 90% dos casos pelo uso intensivo de corticóide tópico e outros medicamentos.
- Pode ocorrer crescimento de vasos novos na córnea, inchaço da córnea, ruptura de pontos e dificuldade para epitelização do transplante. Tais complicações podem resultar em redução da visão até para pior que antes da cirurgia.
- Outros problemas, não diretamente relacionados à cirurgia do transplante, como degeneração macular ou dano do nervo ótico, pela pressão aumentada do olho (glaucoma), são causas de baixa visão, mesmo que o transplante de córnea seja anatomicamente bem sucedido.
- A qualidade da córnea doadora é responsabilidade da unidade de captação e preparação das córneas (Banco de córneas). Há relatos raros de transmissão de doenças ao receptor pela córnea doadora.

TERMO DE CONSENTIMENTO Para TRANSPLANTE DE CÓRNEA	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ É possível, em alguns casos, que as complicações surjam complicações após semanas, meses ou anos após a operação. 	
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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 transplante de córnea. <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>	
DECLARAÇÃO DO MÉDICO <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p style="text-align: right;"> _____ Porto Alegre, de _____ de 200 </p>	