

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

DENOMINADO APLICAÇÃO INTRAVÍTEA DO MEDICAMENTO _____

NOME:	
CÉDULA DE IDENTIDADE:	CPF:
ENDEREÇO:	
ESTADO CIVIL:	DATA DE NASCIMENTO:

Pelo presente, declaro que recebi informações sobre as vantagens, riscos, especificações e demais esclarecimentos referente ao procedimento denominado **aplicação intravítrea de medicamento** _____, informações estas que me foram prestadas, bem como o presente termo, 10 (dez) dias antes da data de agendamento do procedimento a ser realizado, possibilitando assim uma análise adequada dos termos deste.

Este documento tem o objetivo de auxiliá-lo(a) em sua livre decisão de se submeter ao procedimento denominado aplicação intravítrea de medicamento. Leia-o com atenção e, antes de assiná-lo, peça esclarecimento sobre qualquer dúvida que ainda tenha, e, se possível, peça que um acompanhante ou parente próximo também o leia. Somente assine este consentimento se você estiver seguro(a) de que compreendeu todo o seu conteúdo e recebeu todas as informações e esclarecimentos necessários.

A primeira informação que o(a) senhor(a) deve saber é que seu médico constatou que há uma membrana neovascular no seu olho, e que este problema pode levar à diminuição progressiva e irreversível da visão.

A segunda informação é de que existe a possibilidade de tratar esse problema com uma aplicação intravítrea de medicamento. Contudo, todo procedimento traz consigo benefícios e riscos e o(a) senhor(a) deve avaliá-lo com base nas informações fornecidas pelo seu médico e nas constantes neste documento.

O que é a aplicação intravítrea de medicamento?

A aplicação intravítrea de medicamento é uma aplicação de medicação na cavidade vítrea dos olhos. O medicamento utilizado terá como inibir o fator de crescimento endotelial vascular. O fator de crescimento endotelial vascular é uma proteína que é produzida pelas células do organismo. Esta proteína facilita a proliferação dos vasos sanguíneos e a permeabilidade vascular aumentando as chances de hemorragias dentro do olho.

A aplicação da medicação é feita dentro da cavidade vítrea com o intuito de atingir uma maior eficácia no tratamento, pois desta forma a medicação fica próxima do local afetado e o risco de efeitos colaterais, comparado com aplicação endovenosa é menor.

O procedimento de aplicação intravítrea de medicamento é rápido e a anestesia é local, realizada com colírio ou gel anestésico ou bloqueio. Durante o procedimento pode ocorrer um discreto desconforto e após a aplicação intravítrea do medicamento pode aparecer turvação visual. A turvação visual tende a desaparecer após alguns dias. Após o procedimento há necessidade de usar colírio de antibiótico por alguns dias.

INFORMAÇÕES SOBRE RISCOS E COMPLICAÇÕES

O benefício esperado é a melhora da visão ou impedimento do agravamento da doença. Porém, a aplicação intravítrea de medicamento pode não trazer o benefício esperado. É importante salientar que a aplicação intravítrea de medicamento não melhora os danos causados por outros problemas, tais como glaucoma ou afecções da retina ou do nervo óptico.

A chance de melhora e o risco de complicações variam de acordo com o tipo de doença, seu tempo de evolução e a presença de alterações oculares e/ou sistêmicas concomitantes. A indicação de tratamento é decisão do seu médico que verificou a possibilidade de se obter melhor resultado com a realização da injeção do que se ela não for realizada.

O(a) senhor(a) deverá seguir as orientações e prescrições indicadas pelo médico para minimizar as possibilidades de ocorrência de complicações durante ou depois do procedimento, que podem ocorrer dias ou meses após o tratamento. Apesar de serem pouco frequentes, as complicações que podem acontecer são as seguintes:

- Piora da visão;
- Glaucoma (aumento da pressão ocular);
- Sangramento dentro do olho;

Versão 1 – aplicação intravítrea de medicamento

- Descolamento de retina;
- Catarata;
- Infecção, dentro do olho que pode levar à perda total da visão e, mais raramente, pode ocasionar a atrofia do globo ocular.

Além das complicações acima, é importante saber que em qualquer procedimento pode ocorrer complicações devido ao estado clínico geral do paciente, à anestesia, à reação alérgica a medicamentos, que podem trazer problemas passageiros ou permanentes.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Com base em todas as informações constantes neste documento, e ainda pelas informações adicionais que me foram prestadas pelo meu médico, e faço opção pela realização do procedimento aplicação intravítrea de medicamento por livre espontânea vontade.

Tenho o conhecimento de que o pagamento do procedimento independe do resultado, sendo indevida qualquer retenção de valores condicionada ao sucesso do procedimento.

Estou ciente que qualquer outro procedimento que venha a ser realizado após a aplicação intravítrea de medicamento, neste momento consentida, não está incluso no valor já acertado, devendo ser contratado e pago separadamente.

Sou sabedor(a) que este procedimento é também diagnóstico, razão pela qual algum fator não conhecido anteriormente pode ser evidenciado durante o procedimento. Sendo assim, autorizo o cirurgião a efetuar todos os procedimentos que julgar necessário, agindo livremente e praticando ou deixando de praticar as intervenções que julgar necessárias embasado em seu conhecimento científico.

Autorizo também a gravação de imagens ou fotografias antes, durante e depois da aplicação, com finalidade específica de pesquisa, foto documentação ou ensino e abro mão da propriedade destas imagens.

PROCEDIMENTO MÉDICO A SER REALIZADO:
ESCLARECIMENTOS COMPLEMENTARES SOLICITADOS PELO(A) PACIENTE:

Florianópolis, _____ (dia), _____ (mês) de _____ (ano).

Nome do paciente ou responsável:
RG:
CPF:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL:
NOME:
ENDEREÇO:
ESTADO CIVIL: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
GRAU DE PARENTESCO COM O(A) PACIENTE:

TESTEMUNHAS

Nome
RG:
CPF:

Nome
RG:
CPF: