

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DENOMINADO CIRURGIA VITRECTOMIA VIA PARS PLANA

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 cirurgia de VITRECTOMIA VIA PARS PLANA, 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. Em casos de emergência, não dispondo de tempo hábil antecipado para análise do presente termo, declaro que o mesmo foi lido por mim, e todas as informações necessárias me foram apresentadas antes da realização do procedimento.

Este documento tem o objetivo de auxiliá-lo(a) em sua livre decisão de se submeter ao procedimento denominado cirurgia VITRECTOMIA VIA PARS PLANA. 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 assinie este consentimento se você estiver seguro(a) de que compreendeu todo o seu conteúdo e recebeu todas as informações e esclarecimentos necessários.

O QUE É O PROCEDIMENTO DENOMINADO CIRURGIA VITRECTOMIA VIA PARS PLANA?

O presente método de tratamento (cirurgia de vitrectomia via pars plana), será realizado utilizando-se os seguintes procedimentos, os quais se passa a esclarecer:

- a vitrectomia via pars plana é a remoção do humor vítreo, gel que preenche a maior parte da cavidade interna ocular e que mantém contato próximo com a retina, o nervo óptico e o cristalino.
- a cirurgia de vitrectomia via pars plana, é realizada com o objetivo de tratar algumas doenças oculares que não só ameaçam ou levam à baixa de visão, como têm alto retinopatia proliferativa; deslocamento complicado de retina; deslocamento do cristalino ou lente intraocular para a cavidade vítrea; membrana epiretiniana; buraco macular; endoftalmite; trauma ocular com hemorragia vítrea e/ou corpo estranho intraocular.
- a cirurgia de vitrectomia via pars plana tem como objetivo:
 - a) promover a remoção de opacidades vítreas que não estão resolvendo-se naturalmente;
 - b) remover sangue e diminuir a chance de ocorrerem novas hemorragias e deslocamento de retina;
 - c) remover a tração da retina e facilitar o seu tratamento com a possível colocação de gás ou óleo de silicone;
 - d) remover material residual do cristalino que pode levar à inflamação ocular e glaucoma incontrolável;
 - e) retirar a lente intraocular de posição inadequada para colocá-la no local em que possa melhorar a visão;
 - f) remover material infectado ocular que pode levar à perda irreversível da visão e atrofia ocular.
- O tempo de cirurgia varia de 1 (uma) a 4 (quatro) horas, dependendo da presença de alterações oculares concomitantes o ato cirúrgico geralmente é executado com anestesia local que é realizada por anesthesiologista especialista neste tipo de procedimento.
- A cirurgia de vitrectomia via pars plana pode resultar em melhora da visão, assim como pode não evitar a piora da visão. A vitrectomia não melhora os danos causados à visão por alterações consolidadas da retina, por glaucoma ou por outras afecções 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 presença de alterações oculares e/ou sistêmicas concomitantes.
- A indicação da cirurgia é decisão do médico que vê a possibilidade de se obter melhor visão com a realização da mesma.
- O paciente deverá seguir os conselhos médicos e realizar as prescrições indicadas para minimizar as possibilidades de ocorrência de complicações pré, trans e pós operatórias.

INFORMAÇÕES SOBRE RISCOS E COMPLICAÇÕES

As complicações pós-operatórias podem ocorrer dias, semanas, meses ou anos após o ato cirúrgico e incluem:

- a) falha em se obter o sucesso operatório;
- b) deslocamento de retina que pode necessitar nova cirurgia ou ser inoperável;
- c) hemorragia vítrea;
- d) infecção;
- e) aumento da pressão do olho (glaucoma);
- f) defeitos da córnea causados por dificuldade na cicatrização;
- g) embaçamento corneano ou cicatrização excessiva;
- h) catarata que pode necessitar remoção imediata ou tardia do cristalino;

Versão 1 – vitrectomia

- i) visão dupla;
 - j) flacidez de pálpebra superior com posicionamento mais baixo;
 - K) diminuição da circulação dos tecidos vitais do olho, resultando em diminuição ou perda da visão;
 - l) cegueira permanente, diminuição da visão central ou periférica;
 - m) atrofia ocular e perda do olho. Incluem-se nestes riscos, as enfermidades derivadas da própria doença do paciente, configuradas no transcorrer da intervenção, bem como no período pós-operatório.
- O cumprimento das recomendações e prescrições pós-operatórias fornecidas pelo cirurgião é imprescindível para ajudar no tratamento dos problemas anteriormente relacionados.
 - Os riscos de complicações são significativamente diminuídos pela qualidade da tecnologia e dos materiais empregados e pela adesão de Vossa Senhoria às recomendações médicas para os períodos que antecedem e que sucedem a cirurgia.
 - Depende também, da resposta orgânica que é característica individual de cada pessoa. Embora este documento tenha relacionado os problemas mais simples e até mesmo os de ocorrência bastante rara, é impossível prever todos os que possam surgir no caso do tratamento cirúrgico.

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 da cirurgia de vitrectomia via pars plana, 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 cirurgia de vitrectomia via pars plana, 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 injeção, 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: