

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS

Procedimento: _____ Lateralidade: () OD () OE



Por este instrumento particular, o paciente _____

_____, data de nascimento ____/____/____, RG nº _____, declara para todos os fins, ter recebido em linguagem clara, acessível e precisa, todas as informações acerca dos diagnósticos obtidos, procedimentos propostos, métodos de execução, caráter e limitações da cirurgia, etapas inerentes, benefícios, riscos, alternativas, origem dos materiais que serão utilizados, prognósticos, sintomas pós-operatórios, possíveis intercorrências e complicações como infecção, alergia ou rejeição ao material empregado, hemorragia retrobulbar, punção escleral, além de complicações sistêmicas do ato anestésico eleito (_____) devidamente esclarecidas pelo médico/anestesiologista, razão pela qual, após sanadas todas as dúvidas e ciente dos perigos intrínsecos a todo procedimento cirúrgico e dos riscos específicos da cirurgia a ser realizada no dia ____/____/____, afirma concordar expressamente com sua submissão ao ato cirúrgico recomendado, cuja escolha se deu com base na sua indicação e adequação de acordo com os exames realizados, além do histórico estatístico de casos bem sucedidos, estando ciente que não há garantia irrefutável quanto a resultados, tendo em vista que procedimentos médicos não tem a precisão típica às ciências exatas.

O paciente ou responsável compromete-se, ainda, a seguir todas as orientações fornecidas quanto à medicação, exames periódicos pós-operatórios e demais providências a serem adotadas, somente suspendendo a medicação prescrita após ordem médica, não utilizando medicamentos por conta própria, evitando traumatismo sobre a área que sofreu a intervenção, apresentando-se nas consultas de retorno programadas e comparecendo imediatamente ao consultório caso note qualquer mudança súbita na rotina de recuperação que lhe foi explicada, estando ciente que os procedimentos caracterizados como urgência/emergência serão realizados a critério do médico, ficando desde já autorizados, mesmo que diversos daquele inicialmente proposto.

O paciente ou responsável, declara-se ciente de que é inviável a entrega de embalagens ou quaisquer papéis atinentes a materiais utilizados no centro cirúrgico, bem como de que **é impossível o fornecimento de orientações ou esclarecimentos por telefone**, pois tais informações dependem diretamente dos exames adequados a serem realizados em data e local indicados pelo médico responsável ou substituto, de acordo com a urgência e demais circunstâncias.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS

O paciente ou responsável foi informado, sobre o controle da COVID-19 na atualidade, tendo o(a) médico(a) sanado todas as dúvidas antes da assinatura deste termo, e deixado claro todos os riscos e consequências, sobre o contágio da COVID-19, tanto ao paciente, quanto para o acompanhante.

E por estar este documento em conformidade com a Legislação aplicável, inclusive o Código de Ética Médica - Versão 2019, em seus artigos:

Art. 22º - Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34º - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

O paciente ou responsável, após receber, ler atentamente e estar satisfeito com as informações prestadas, declarando que nada omitiu acerca de sua saúde, inclusive no que diz respeito a medicamentos utilizados, drogas que causam dependência física ou psíquica, cirurgias realizadas, possíveis enfermidades, eventuais reações alérgicas, bem como a expressa obediência ao jejum requerido para o procedimento, etc., assina o presente termo nesta data, livre e espontaneamente, com presença testemunhal, concordando que este instrumento passe a fazer parte integrante do prontuário médico, inclusive para fins de defesa dos direitos do estabelecimento e profissionais envolvidos.

_____, _____ de _____ de 20____

Médico (a) / CRM

Nome do Paciente ou Responsável

RG Nº

Assinatura Paciente ou Responsável

Testemunha - Nome

RG Nº

Assinatura Testemunha