

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO - TCLE

CIRURGIA DE GLAUCOMA

Por este instrumento particular o (a) _____, ou seu responsável Sr.(a) _____ declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao(a) médico(a) cirurgião, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM nº _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado **CIRURGIA DE GLAUCOMA - OLHO () DIREITO () ESQUERDO**.

Declara ainda que em relação a sua doença ocular ao tratamento acima proposto encontra-se ciente e detalhadamente informado (a) sobre os seguintes aspectos:

- 1) A finalidade da cirurgia de glaucoma é reduzir e regular a pressão ocular, a grande responsável pelos danos causados no nervo óptico. O procedimento ajuda a manter a capacidade visual do paciente;
- 2) A intervenção cirúrgica deve ser feita quando a pressão ocular não cede com a utilização de remédios;
- 3) A cirurgia não causa dor, pois o paciente é anestesiado. A recuperação pode trazer desconfortos, como a sensação de areia nos olhos e olhos secos;
- 4) Toda cirurgia pode ter contratempos. Neste caso, as complicações podem ser: vazamento pela bolha fistulizante, hipotonia, descolamento de coróide, maculopatia hipotônica, endoftalmite, aumento da pressão ocular;
- 5) O tempo de cirurgia geralmente varia entre 40 a 50 minutos. O pós-operatório depende do mesmo fator e pode oscilar entre dias e semanas;
- 6) O paciente deve tomar muito cuidado com a higiene do local operado, para evitar infecções. Também é fundamental utilizar de forma correta e pelo tempo indicado, os colírios prescritos pelo médico;
- 7) Em caso de dor, vermelhidão ocular, ou qualquer outro tipo de desconforto, o paciente deve informar imediatamente o médico cirurgião.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos e qual estarei submetido, seus desconfortos e risco pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a cirurgia tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O (A) médico (a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastantes complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do (a) meu médico (a).

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas. Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

São José dos Campos, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Paciente / CPF

Deve ser assinado pelo médico cirurgião
Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.
Assinatura do médico/carimbo _____

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: 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. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco 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 provocar lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.