

TERMO DE CIENCIA E CONSENTIMENTO DE CIRURGIA DE CATARATA

Através do presente instrumento particular, eu _____
_____ declaro, para todos os fins legais, em especial no disposto no art. 39, VI, da Lei 8078/90, que autorizo o médico _____, e sua equipe, a diagnosticar o meu estado de saúde ocular atual, bem como a realizar o tratamento cirúrgico designado CIRURGIA DE CATARATA, no meu olho _____.

() Autorizo a realização de todos os procedimentos oftalmológicos que integram e que se fizerem necessários, além da anestesia local/sedação e demais condutas médicas-cirúrgicas que o referido tratamento possa exigir (extração do cristalino com ou sem implante de lente intra-ocular, extração ou reposicionamento de implante intra-ocular pré-existente).

() Não autorizo a realização de todos os procedimentos oftalmológicos que integram e que se fizerem necessários, além da anestesia local/sedação e demais condutas médicas-cirúrgicas que o referido tratamento possa exigir (extração do cristalino com ou sem implante de lente intra-ocular, extração ou reposicionamento de implante intra-ocular pré-existente).

Afirmo estar plenamente consciente da minha situação ocular e que quanto mais madura for a minha catarata, maior será o traumatismo cirúrgico, elevando o tempo de cirurgia e a recuperação visual pós-operatória. Caso seja necessário, terei ainda que usar lentes corretoras (óculos) para visão de perto ou de longe ou ambas, depois de operado/a. Em caso de ruptura da cápsula posterior do cristalino, pode não ser possível o implante imediato da LIO – Lente Intra-Ocular – que será implantada numa segunda etapa, em média 60(sessenta) dias após a primeira.

Estou ciente de que em cerca de 30% dos casos, após 04(quatro) a 06(seis) meses, poderá ocorrer a opacificação de uma cápsula protetora, atrás da lente implantada. E, nesse caso será realizada a aplicação de “Yag Laser”.

Declaro ainda, livre de qualquer coação e constrangimento, para não restar nenhuma dúvida quanto à cirurgia proposta e a minha autorização em questão, que sou conhecedor/a dos seus princípios, indicações, riscos, complicações e resultados.

Declaro ainda que o cirurgião e a sua equipe forneceram-me e aos meus companheiros e familiares, as informações referentes a cada um desses itens, de conformidade com o disposto no art.59, do Código de Ética Médica e nos arts. 9º e 39, da Lei 8.078/90, abaixo transcritos:

“CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA: **Artigo 59** – É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando esta comunicação possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal”.

“Lei 8078, de 11 de setembro de 1990 – CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR: **Artigo 9º** - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou à segurança deverá informar de maneira ostensiva e adequada, a respeito de sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. **Artigo 39** - É vedado ao fornecedor de produtos e serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de

orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes práticas anteriores entre as partes”.

Igualmente, declaro estar plenamente ciente de que a cirurgia a ser realizada, em virtude da possibilidade de ocorrência de riscos e complicações, não permite ao cirurgião e à sua equipe assegurar-me a garantia expressa ou implícita de cura.

Declaro a minha plena satisfação quanto ao atendimento de minhas dúvidas e questões, o que me foi feito em linguagem clara, acessível e precisa pelo cirurgião e sua equipe e que todos os espaços em branco foram preenchidos antes da minha assinatura.

Não obstante, tendo ouvido, lido e aceito as explicações sobre riscos e complicações mais comuns desta cirurgia e das chances de insucesso da mesma, declaro voluntária e livremente, através de minha assinatura aposta neste documento, o meu pleno e irrestrito consentimento para sua realização.

Por fim, compreendo que me foi dada plena liberdade de cancelar este consentimento a qualquer momento antes da cirurgia.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do paciente/acompanhante: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____

RG: _____ CPF: _____

Nome do acompanhante: _____

Nome do médico: _____

Aprovado por: 

Data: 25/09/09

POP.REC.01 Atendimento a clientes Versão:00