|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  Transplante de Córnea  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      ,equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento proposto Transplante de Córnea (Ceratoplastia) como forma de tratamento para     O(A) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente. Entendi que o prognóstico visual do transplante de córnea é extremamente variável, dependendo do tipo de lesão ou doença corneana e da associação com doenças ou alterações de outras estruturas oculares (cristalino, retina e nervo óptico). Fui informado das condições do doador e do enxerto e que o índice de sucesso esperado em um ano varia entre 75% e 90% na dependência dos fatores citados anteriormente.  Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante a cirurgia existem outras que podem ocorrer no pós-operatório imediato ou tardio.  Os possíveis riscos associados a este procedimento foram esclarecidos e são os seguintes:   1. Complicações técnicas durante a cirurgia que impeçam a sua realização. 2. Suspensão da cirurgia por impossibilidade da realização da anestesia ou por condições técnicas, clínicas ou administrativas surgidas imediatamente antes do ato cirúrgico e que não dependem da ação da equipe médica para sua resolução. 3. Febre e dor, que podem necessitar tratamento com medicamentos. 4. Complicações específicas do procedimento como astigmatismo irregular, necessitando uso posterior de óculos, lentes de contato ou até cirurgia complementar. 5. Rejeição do transplante, opacidade de córnea, perda de visão, infecção, atrofia ou perda do olho. 6. Necessidade de continuação do tratamento clínico complementar. 7. Outros riscos (especificar quando pertinente):      .   Estou ciente de que a lista anterior pode não contemplar todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.  Fui informado(a) também sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto, incluindo tratamentos não cirúrgicos da minha doença ocular (colírios, medicação sistêmica, ceratoplastia a laser). A opção pelo transplante só foi considerada após definitiva observação de que o tratamento clínico, pelo menos isoladamente, não foi e/ou pode não ser capaz de curar ou deter evolução da doença, e que a sua continuação aumentaria a chance de graves complicações oculares (perfuração corneana, infecção intra-ocular, perda do olho), com acentuada diminuição da possibilidade de recuperação visual.  Reconheço que durante o procedimento médico ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o procedimento cirúrgico for iniciado.  Autorizo também que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.  Em caso de anestesia geral, concordo também com a administração dos anestésicos que sejam considerados necessários. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a anestesia.  Autorizo igualmente que imagens do procedimento e de exames complementares possam ser utilizadas para fins científicos, como apresentação de casos a acadêmicos ou residentes e apresentações em eventos médicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica que o tratamento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.  Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.  Data:      /     /     .  Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:    Assinatura do paciente ou responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Grau de parentesco do responsável:           Assinatura e CRM do médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.**  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO Serviço de Oftalmologia TRANSPLANTE DE CÓRNEA** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-390FE– gráfica hcpa – jan23**