|  |
| --- |
|  TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDOFacectomia em CriançasEu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento proposto       no olho       do(a) menor sob minha responsabilidade      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. Fui informado(a) que a catarata é a opacificação do cristalino (lente natural dos nossos olhos), podendo ser total ou somente de parte do cristalino (nuclear, lamelar, polar). É denominada congênita quando a criança nasce com a catarata e infantil quando ela ocorre após o nascimento e ainda na infância. Os pacientes com catarata podem apresentar nistagmo (movimento rápido dos olhos-associado em geral com baixa visão) e estrabismo (desvio dos olhos). Estas alterações podem não desaparecer mesmo após a cirurgia. Há indicação de operar a catarata quando ela está piorando a visão ou, no caso das crianças menores de 7 anos, quando está atrapalhando o desenvolvimento visual. O desenvolvimento visual inicia-se nos primeiros dias de vida e estende-se até os 6-7 anos, sendo os dois primeiros anos os mais nobres. Qualquer distúrbio que interfira no desenvolvimento visual neste período pode causar sequelas irreversíveis para a visão. Portanto, estou ciente que, nas crianças, não basta, operar a catarata, sendo importante tentar recuperar este período em que o olho da criança ficou sem estímulo visual. A recuperação/reabilitação da visão após a cirurgia é realizada, na maior parte das vezes com óculos, oclusão do olho não afetado (nos casos unilaterais- para “forçar os olho operado”) e com estimulação visual. Fui informado(a) também que após a cirurgia a criança, para ter uma visão mais nítida, precisa de correção óptica, que pode ser óculos (na maior parte da vezes) ou lentes de contato. 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. Infecção na região operada, que geralmente regride com antibióticos.
4. Febre e dor, necessitando eventualmente de medicamentos para controlá-las.
5. Complicações específicas do procedimento como astigmatismo irregular, necessitando uso posterior de óculos, lentes de contato ou até cirurgia complementar, permanência de grau de óculos, opacidade da cápsula posterior, perda de visão, atrofia ou perda do olho.
6. Complicações decorrentes da anestesia local como perfuração do globo ocular, trauma do nervo óptico, oclusão da artéria central da retina, queda da pálpebra superior, redução da pressão arterial, interferência com a circulação da retina, hemorragia ao redor ou dentro do olho e crises convulsivas.
7. Complicações decorrentes do trauma cirúrgico como complicações retinianas (edema, hemorragia e descolamento de retina), corneanas (edema, lesões endoteliais) e processos inflamatórios (uveítes).
8. Impossibilidade de implantação da lente intra-ocular na cirurgia, com diminuição da possibilidade de recuperação da visão (quando for indicado implante de lente intra-ocular). Nestes casos a lente intra-ocular eventualmente poderá ser implantada em um segundo momento. As crianças pequenas, nas quais não é implantada a lente intra-ocultar, precisarão de óculos/ lente de contato. Nestes casos, em geral o grau das lentes é alto, em torno de 15-20 graus, pois o paciente não tem mais o cristalino (a lente natural do nosso olho).
9. 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) sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto, incluindo      . 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 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 quadro clínico do(a) menor sob minha responsabilidade. 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 ESCLARECIDOServiço de OftalmologiaFACECTOMIA EM CRIANÇAS** | Nome do Paciente:      Nº do Registro:       |

**MED-518FE– gráfica hcpa – jan23**