|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  **Serviço de Oftalmologia - Cirurgia de Crosslinking**  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento de crosslinking no meu olho (     ) direito / (     ) esquerdo como forma de tratamento para estabilização do ceratocone. A equipe médica 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.  Estou ciente que não é possível garantir que o procedimento será totalmente bem sucedido e que todos os sintomas serão aliviados. O procedimento também não se propõe a melhorar a visão, mas a evitar que o problema se agrave. Foi salientado e entendi que a cirurgia proposta é uma tentativa de evitar a progressão do ceratocone (de tentar evitar que a doença continue piorando), mas não existe garantia de que não precisarei repetir o crosslinking, fazer cirurgia de anel intra-estromal ou transplante de córneas no futuro.  Fui informado(a) que durante a cirurgia, o médico irá aplicar um colírio contendo anestésico e outro contendo riboflavina (vitamina B2) no olho operado e, em seguida, utilizará uma fonte de luz ultravioleta para ajudar a fortalecer a estrutura corneana. 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 principais riscos, entre outros mais raros, foram esclarecidos e são os seguintes:   1. Suspensão da cirurgia por problemas técnicos, clínicos ou administrativos surgidos imediatamente antes do ato cirúrgico e que não dependem da ação da equipe médica para sua resolução. 2. Dificuldade de cicatrização da região operada, demandando uso de colírios especiais ou manipulados e que pode provocar redução do potencial de visão. 3. Infecção na região operada, que geralmente responde bem aos colírios antibióticos, mas eventualmente pode ser bem grave a ponto de requerer um transplante de córnea urgente. 4. Insatisfação com o resultado visual após 3 meses, mesmo de óculos e mesmo que a cirurgia tenha sido tecnicamente adequada. 5. Embora o crosslinking corneano seja geralmente seguro e eficaz, existem riscos e complicações associados ao procedimento, incluindo, mas não se limitando a: desconforto ocular, dor ou irritação após a cirurgia; sensibilidade à luz; visão embaçada ou redução temporária ou definitiva da acuidade visual; cicatrizes ou opacidades corneanas; aumento temporário da miopia (dificuldade em enxergar objetos distantes); reações alérgicas ao colírio de riboflavina. 6. 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.  Reconheço que durante o procedimento médico ou no período pós-operatório novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. 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 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 de 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 sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir. Caso meu olho fique vermelho, tenha secreção, dor e piora da visão, devo avisar a equipe médica imediatamente. Reconheço que o resultado final do tratamento depende da forma como eu cuidar do meu olho no pós-operatório, seguindo corretamente as prescrições e orientações médicas e comparecendo as consultas de acompanhamento.  **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**  **CIRURGIA DE CROSSLINKING** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-610FE– gráfica hcpa – ago23**