|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  **Serviço de Oftalmologia - Adaptação de Lentes de Contato**  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento de adaptação de lentes de contato rígidas gás permeáveis e/ou gelatinosas, em um ou nos meus dois olhos, com base na indicação técnica da equipe. Todo o esforço para encontrar a melhor lente de contato para a minha situação será empregado, mas não é possível garantir que o procedimento será totalmente bem sucedido e que haverá correção total da visão e/ou da aparência do olho (este último no caso de procedimentos cosméticos). 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.  Foi salientado e entendi que a adaptação de lentes de contato tem como função principal a melhora da acuidade visual em pacientes portadores de defeitos corneanos (o que não se aplica as lentes cosméticas), mas não existe garantia de que não precisarei de alguma cirurgia no futuro. Também me foi explicado que esta lente de contato é adaptada de acordo com as características específicas do meu olho, como curvatura, espessura (grossura da córnea) e diâmetro da córnea e da pupila.  Compreendi que esta adaptação inicial pode requerer várias visitas ao profissional de saúde ocular, incluindo múltiplos testes no mesmo dia e possíveis ajustes nas lentes e avaliação da minha adaptação às mesmas. Isto pode gerar algum desconforto ou necessitar do uso de colírios após a consulta.  Estou ciente de que a adaptação de lentes de contato pode causar desconforto inicial, como irritação, sensação de corpo estranho ou visão embaçada. Reconheço que o uso inadequado ou negligente das lentes de contato pode resultar em complicações oculares, como infecções, úlceras ou danos à córnea. Assim, comprometo-me a seguir todas as instruções e orientações fornecidas pelo profissional de saúde ocular em relação à higiene, uso adequado e cuidados com as lentes.  Sei que a lista anterior pode não contemplar todos os riscos e desconfortos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas são os mais comuns, e estou disposto(a) a persistir no uso das lentes, conforme orientado pelo profissional de saúde ocular, para permitir a adaptação gradual e o conforto aprimorado.  Compreendi também que a adaptação de lentes de contato requer visitas regulares de acompanhamento ao serviço de oftalmologia do HCPA para avaliação da saúde ocular, ajustes na prescrição e fornecimento de lentes de contato atualizadas.  Fui informado(a) que posso optar por interromper o uso das lentes de contato a qualquer momento e estou ciente que devo entrar em contato com a equipe para discutir alternativas de correção visual.  Foi ressaltado que o Setor de Lentes de Contato do Serviço de Oftalmologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre tem a finalidade de testar as lentes de contato de diferentes desenhos e fornecedores, avaliando qual melhor se adapta às alterações dos meus olhos. E a aquisição da(s) lente(s) de contato será de minha responsabilidade, diretamente com o fornecedor da lente de contato indicada. A equipe se responsabiliza em informar as características das lentes de contato ao distribuidor específico com base no resultado do melhor teste aplicado, mas não faz qualquer intermediação relativa a pagamentos, o que será feito em negociação direta entre o paciente e o distribuidor. Ficou claro que a equipe assistencial não recebe qualquer pagamento ou outro tipo de vantagem, nem dos pacientes, nem dos fornecedores, nesta transação. Havendo arrependimento quanto à aquisição das lentes, a equipe médica também não será responsável por qualquer forma de ressarcimento financeiro.  Fui informado(a) que, após a aquisição das lentes de contato, devo trazê-las ao HCPA para que a equipe médica verifique se está de acordo com a solicitação, coloque-as e se certifique da qualidade de adaptação. A equipe ensinará como colocar, tirar, higienizar e manter as lentes de contato. Fui informado(a) ainda que a maioria delas terá durabilidade de no máximo 2 anos, às vezes até menos, exigindo troca por uma nova para preservar a saúde ocular.  Estou ciente de 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.  Autorizo a equipe a realizar todos os procedimentos necessários para a adaptação e acompanhamento das lentes de contato, incluindo exames oculares, medições da córnea e ajustes nas lentes, de acordo com as boas práticas e os padrões de cuidados profissionais.  Autorizo ainda 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.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação da equipe médica é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente e que a responsabilidade do uso das lentes de contato após a adaptação e orientações de uso, colocação, retirada e cuidados é exclusivamente minha. 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**  **ADAPTAÇÃO DE LENTES DE CONTATO** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-611FE – gráfica hcpa – ago23**