

Pelo presente termo eu,

() Paciente () Responsável Legal do Paciente:

Grau de Parentesco:

Identidade Nº (RG):

Órgão Emissor:

Domiciliado e Residente à:

Declaro que:

1. Autorizo a equipe cirúrgica a realizar o procedimento cirúrgico designado TRANSPLANTE DE CÓRNEA (CERATOPLASTIA) no meu olho (direito/esquerdo) _____ e todos os procedimentos oftalmológicos que integram e que se fizerem necessários, além da anestesia e demais condutas médico-cirúrgicas que o referido tratamento possa exigir.
2. Entendo que, de acordo com as explicações do oftalmologista, meu diagnóstico é _____, e em face das alterações corneanas presentes as quais, descritas em linguagem simples e explicadas detalhadamente pelo cirurgião e sua equipe, são a causa da baixa de visão de que sou portador.
3. Fui suficientemente esclarecido pelo meu oftalmologista a respeito do meu diagnóstico e suas modalidades de tratamento, de maneira a me decidir, livremente, me submeter à cirurgia indicada TRANSPLANTE DE CÓRNEA (CERATOPLASTIA), que, em termos leigos, consiste em trocar a córnea doente por uma córnea nova de doador falecido.
4. Após explicações de meu médico oftalmologista e sua equipe, compreendi que a cirurgia do TRANSPLANTE DE CÓRNEA (CERATOPLASTIA) é indicada quando há doenças ocasionando a perda de transparência, o afinamento ou a perfuração da córnea. Essas três condições podem ocorrer na presença de opacidades corneanas hereditárias (degenerações e distrofias) e adquiridas (cicatrizes secundárias a traumas, infecções, queimaduras químicas e outras); na presença de vasos sanguíneos invadindo a córnea (secundários a traumas, infecções, queimaduras químicas e outras); na presença do edema corneano por alterações endoteliais (por doenças hereditárias, congênitas ou não, após cirurgias ou inflamações intra-oculares); nas distrofias (ceratocone); nas doenças infecciosas (úlceras de córnea), inflamatórias e degenerativas; na presença de infecções corneanas ativas; e quando ocorre a falência ou rejeição de transplantes corneanos prévios.
5. Fui esclarecido quanto aos tratamentos alternativos, não cirúrgicos da minha doença ocular (colírios, medicação sistêmica, ceratoplastia a laser) e que 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 a evolução da doença, e que a continuação do mesmo aumentaria a chance de graves complicações oculares (perfuração corneana, infecção intra-ocular, perda do olho), com acentuada diminuição da possibilidade de recuperação visual.
6. Declaro estar plenamente ciente de que a cirurgia a ser realizada, face a possibilidade da ocorrência de riscos e complicações, não permite ao cirurgião e sua equipe assegurar-me garantia expressa ou implícita de cura e que não está afastada a necessidade da continuação do tratamento clínico complementar.
7. Além dos riscos possíveis associados a qualquer procedimento médico, clínico ou cirúrgico, como infecção, endoftalmite, parada cárdio-respiratória, reação alérgica etc., eu também fui esclarecido sobre possíveis complicações associadas especificamente à cirurgia ocular indicada no meu caso, TRANSPLANTE DE CÓRNEA, incluindo, entre outras: astigmatismo irregular, necessitando uso posterior de óculos, lentes de contato ou até cirurgia complementar, rejeição do transplante, opacidade de córnea, perda de visão, atrofia ou perda do olho.
8. Foi-me explicado e 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).
9. Há também riscos relacionados à anestesia local, dentre os quais 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. Em raras ocasiões, pode haver lesão do nervo óptico ou perfuração do olho, o que pode resultar na perda da visão, sem ou com atrofia do globo ocular. Reações alérgicas ao anestésico podem ocorrer. Se for usada anestesia geral, há possibilidade da ocorrência de outras complicações, como parada respiratória, depressão respiratória e inclusive morte, o que é excepcional. Compreendo que não me pode ser dada garantia com relação a resultados, cura ou segurança desta cirurgia. Compreendo, também, que durante a sua realização podem surgir ocorrências imprevistas ou inesperadas, exigindo a realização de procedimentos adicionais que, desde já, autorizo que os mesmos sejam executados. A despeito de tudo isso, entendo que há mais risco para minha visão se eu não me submeter à cirurgia aqui proposta do que se eu me submeter a ela.
10. Compreendi também a possibilidade da ocorrência de complicações, especialmente em longo prazo, ainda não conhecidas pelos oftalmologistas, e que poderiam influenciar o resultado da cirurgia.

11. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, bem como revogar o presente termo a qualquer momento antes da realização do procedimento.

12. Tendo ouvido, lido e aceito as explicações sobre os RISCOS E COMPLICAÇÕES, mais comuns desta cirurgia e das chances do seu INSUCESSO, declaro, através da minha assinatura aposta neste instrumento particular, o meu pleno e irrestrito CONSENTIMENTO para a sua realização.

Nome do Paciente ou Responsável Legal: _____

Assinatura do Paciente ou Representante Legal			
	RG:		RG:
Testemunha (1)		Testemunha (2)	
Hora:		Itajaí, / /	

Deve ser Preenchido pelo Oftalmologista

Certifico que expliquei por escrito e verbalmente, com detalhes, ao paciente acima referido ou responsável, o procedimento de transplante com órgãos de doador falecido, seus riscos e benefícios. Respondi satisfatoriamente a todas as perguntas formuladas e considero que o paciente ou responsável compreendeu o que lhe foi explicado.

Nome do Médico: _____

Assinatura do Médico / CRM

Hora: _____ Itajaí, / /

REVOGAÇÃO

Itajaí, / / Hora: : _____

Assinatura Paciente ou Responsável Legal

	RG:		RG:
Testemunha (1)		Testemunha (2)	