

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA DE CATARATA

Por este instrumento particular o (a) _____, ou seu responsável Sr.(a) _____ declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao(à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM-_____, sob o nº _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado CIRURGIA DE FACECTOMIA (CATARATA) COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR.

Declara ainda que em relação a sua doença ocular e ao tratamento proposto encontra-se ciente e detalhadamente informado (a) sobre os seguintes aspectos:

Apesar da cirurgia proposta (facectomia extra-capsular ou facoemulsificação) ser considerada um dos procedimentos cirúrgicos mais eficazes e seguros do mundo, a mesma possui riscos de complicações oculares (como hemorragia, infecção ocular, ruptura de cápsula posterior com perda vítrea o que poderá impossibilitar o implante da lente intraocular, glaucoma, edema de córnea, luxação da catarata ou da lente intraocular para a cavidade vítrea, descolamento de retina, descolamento de coróide, edema macular, uveíte, estrabismo, atrofia de nervo óptico, hemorragia expulsiva, atrofia do globo ocular e até mesmo cegueira) e outros inerentes ao processo anestésico (paralisias musculares, de membros e até morte) apesar de todos os cuidados e cautelas tomados, pois são imponderáveis, variáveis de pessoa para pessoa, mas não estão ligados a todos os tipos de cirurgias, e sobre as quais considera plenamente satisfatórias as explicações fornecidas por seu médico assistente.

Assume ter ouvido de seu médico assistente uma explicação minuciosa e realista do que se pode esperar da mesma, em termos de benefícios visuais.

Em nenhum momento foi induzido(a) por seu médico assistente que aceitasse a indicação cirúrgica com acenos de chances irreais ou com minimização das dificuldades inerentes ao ato cirúrgico e referentes à doença ocular em tela.

Acrescenta ainda que os espaços em branco constantes deste TCIE foram preenchidos antes de sua assinatura e que, portanto, nada foi acrescentado sem que houvesse seu conhecimento prévio, tendo recebido com antecedência, levado consigo e trazido posteriormente.

De modo a evitar dúvidas futuras por quaisquer das partes envolvidas, no que tange a autenticidade deste documento, o mesmo será assinado pelo paciente e por testemunha de sua confiança.

Data:..... Local:

Assinatura do Paciente.....

Assinatura da 1ª Testemunha:.....

Nome da 1ª Testemunha:..... CPF:

Assinatura da 2ª Testemunha:.....

Nome da 2ª Testemunha:..... CPF: