**#10**

**FOP 316.02 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA – MEMBRANA AMNIÓTICA**

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE)** |
| [ ]  **Titular** | [ ]  **Dependente** |
| **Nome (Completo e sem abreviação):**       |
| **Data de Nascimento:**   /  /      | **CPF:**      -   | **Estado Civil:**            |
| **URR:**             |
| **Endereço:**             |
| **Bairro:**            | **Cidade:**            | **UF:**            | **CEP:**            |
| **Telefone:** (  )        | **Celular:** (  )           |
| **INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO** |
| **Médico:**            | **CRM:**       |
| **Data do procedimento cirúrgico:**   /  /          |
| **Olho**: [ ]  Direito [ ]  Esquerdo [ ]  Ambos os olhos |
| **Tipo de Anestesia**: [ ]  Local [ ]  Geral 1. |
| **Diagnóstico:**            |
| **INFORMAÇÕES GERAIS** |
| Este Termo de Consentimento Informado se refere ao procedimento ENXERTO DE MEMBRANA AMNIÓTICA que será submetido(a) e tem por finalidade esclarecer/explicar a natureza deste procedimento, suas consequências e riscos, bem como após sua compreensão de todos os termos e ciência, autorizar que seja realizado o procedimento. Devendo todas as suas dúvidas serem discutidas com seu médico antes de assiná-lo.De todo modo, queremos ter certeza se foi suficientemente esclarecida pelo médico e compreendeu o diagnóstico, riscos e objetivos, além de todas as questões aqui mencionadas, tudo isso, para que possamos contribuir e alcançar o melhor resultado para saúde e bem-estar do(a) beneficiário (paciente).1. Procedimento proposto:

A membrana amniótica é uma membrana retirada da placenta após o parto cesáreo de pacientes sadias (previamente avaliadas). Ela é conservada em meio especial e pode ser utilizada semanas ou meses após. A membrana amniótica tem ação anti-inflamatória e reduz a formação de vasos sanguíneos indesejáveis e auxilia na cicatrização da superfície ocular. Serão dados vários pontos durante a cirurgia que poderão ser retirados ou não no pós-operatório. O uso de colírios pode ser necessário por semanas a meses, ou até mesmo por tempo indeterminado. O período de recuperação pós-operatória pode demorar de semanas a meses. A recuperação visual, quando acontecer, é gradual. 1. Benefícios e riscos do procedimento proposto:

Com a realização da cirurgia de transplante de membrana amniótica pode haver uma recuperação parcial ou total da visão, dependendo de outros problemas oculares existentes e da capacidade visual anterior ao início da doença em questão. A cirurgia de transplante de membrana amniótica não melhora os danos causados à visão por problemas da retina, glaucoma ou outras doenças oculares não relacionadas a superfície ocular. As complicações dessa cirurgia podem ser permanentes ou requer nova cirurgia ou tratamento. Entre as complicações que eventualmente podem ocorrer temos: 1. Infecção;
2. Hemorragia (sangramento dentro ou fora do olho);
3. Deslocamento da retina (situação que normalmente requer cirurgia);
4. Glaucoma (aumento da pressão intraocular);
5. Uveíte, irite (inflamação dentro dos olhos);
6. Atrofia da íris; g) Perda da transparência córnea;
7. Alteração da forma ou tamanho da pupila;
8. Visão dupla ou embaçada;
9. Neuropatia óptica isquêmica (atrofia parcial ou total do nervo do olho);
10. Problemas com a circulação do fluido intraocular (humor aquoso);
11. Aderência interna (cicatrizes da pálpebra); m) Ptose permanente (queda da pálpebra);
12. Alteração ou piora da estética ocular.

Outras complicações menos sérias podem ocorrer: 1. Leve ptose (queda) pálpebra;
2. Edema (inchaço) ao redor do olho;
3. Olho seco ou irritação (ressecamento ocular com coceira, ardência, sensação de areia e lacrimejamento);
4. Aumento, mudança nas formas e tamanho das moscas volantes (sombras que se movem com os movimentos oculares);
5. Mudanças significativa do grau ocular. Qualquer das complicações acima podem resultar em visão embaçada, distorcida ou desconforto.

Algumas podem provocar a perda permanente da visão e mesmo a perda do olho. Contudo na maioria das vezes as complicações acima são tratadas e solucionadas, ou ainda podem melhorar espontaneamente. As complicações acima descritas são a grande maioria das que eventualmente podem ocorrer. Além das complicações descritas acima, é importante saber que podem ocorrer complicações, devido ao seu estado clínico geral. Há possibilidade de complicações devido a anestesia, reação a medicamentos que podem trazer problemas passageiros ou permanentes, causar danos ao cérebro ou até mesmo levar a morte, em raríssimos casos. 1. Observações específicas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­\_\_\_\_\_
 |
| **DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO** |
| Pelo presente termo, o paciente e seu responsável legal (se for o caso):1. Declara(m) que:
2. Encontram-se ciente do diagnóstico, dos procedimentos, benefícios, riscos, complicações e resultados expostos acima, havendo o cirurgião e sua equipe lhe (s) fornecido todas as informações referentes a cada um desses itens, esclarecendo inclusive dúvidas adicionais, em linguagem clara, acessível e precisa;
3. Encontram-se 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 garantias quanto ao resultado final do procedimento proposto;
4. Ter pleno conhecimento da importância de que sejam seguidas as prescrições indicadas, evitando ou minimizando as possibilidades ocorrência de complicações pré, trans e pós-operatórias, responsabilizando-se pelas consequências advindas de sua inobservância.
5. Concordam com o tratamento dos dados pessoais informados neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Serviço de oftalmologia – Membrana amniótica) pela POSTAL SAÚDE, para a seguinte finalidade: realização do procedimento de enxerto de membrana amniótica, com base nas hipóteses de tratamento: Consentimento; Execução de Contrato e Tutela da Saúde em procedimento realizado por profissionais de saúde, conforme previsto na Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)

 II) Autoriza(m): O cirurgião \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tomar as medidas que julgar necessárias, em decorrência das circunstancias (previsíveis ou imprevisíveis) que se apresentam no transoperatório; c) O corpo clinico do Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aqui representado pelo seu cirurgião e/ ou auxiliares/assistentes, a dar andamento aos procedimentos propedêuticos, terapêuticos ou cirúrgicos que lhe foram indicados. Assim, tendo ouvido, lido e aceito as explicações pertinentes, o paciente e seu representante legal, se for o caso, autorizam a realização do procedimento indicado no presente termo.  |
| **ASSINATURA** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_. Local e Data |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Beneficiário | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Médico e Carimbo |

**Observação 1:** Apesar dos conselhos e direcionamentos do seu médico, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e tomar responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**Observação 2:** O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item “evolução”.