**#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”.