

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA DE CORREÇÃO DE
ESTRABISMO**

Paciente: _____ Data de Nascimento: __/__/____
CPF: _____ RG: _____

Responsável Legal: _____
CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

Procedimento realizado no olho:

() Direito () Esquerdo () Ambos os olhos

Declaro, por meio deste documento, que fui devidamente informado(a) de que a cirurgia proposta tem como finalidade a correção do estrabismo, condição caracterizada pelo desalinhamento dos olhos, podendo causar prejuízo estético, alterações funcionais e, em alguns casos, torcicolo.

Fui esclarecido(a) de que o objetivo principal do procedimento é promover o alinhamento ocular, contribuindo para melhora estética e, em determinadas situações, funcional. Estou ciente de que a cirurgia não tem como finalidade melhorar a acuidade visual do(s) olho(s) operado(s), podendo ser necessário manter o uso de óculos, tampão ou outros tratamentos complementares após o procedimento.

Declaro que fui informado(a) de que a cirurgia poderá ser realizada em um ou ambos os olhos, conforme planejamento médico, e que existe a possibilidade de necessidade de nova intervenção cirúrgica (reoperação), caso o resultado obtido não seja satisfatório.

Compreendo que o procedimento envolve a manipulação dos músculos oculares e pode demandar ajustes intraoperatórios, conforme avaliação do cirurgião durante o ato cirúrgico.

Fui esclarecido(a) de que a cirurgia apresenta riscos inerentes a procedimentos oftalmológicos, podendo ocorrer, ainda que raramente, complicações como: subcorreção ou supercorreção do desvio, perfuração escleral, infecção, formação de cistos subconjuntivais, cicatrizes conjuntivais antiestéticas, aderências cicatriciais restritivas, alterações na posição das pálpebras, perda ou deslocamento de músculo ocular, isquemia do segmento anterior, depressões corneanas (dellen), papilomas e visão dupla (diplopia).

Declaro estar ciente de que, mesmo na ausência de intercorrências, o resultado pode não ser totalmente previsível, podendo haver necessidade de tratamentos adicionais.

Fui informado(a) de que o procedimento será realizado sob anestesia, e que poderão ser necessárias condutas médico-cirúrgicas complementares, conforme evolução do caso.

Declaro que recebi orientações claras quanto aos cuidados pré e pós-operatórios, comprometendo-me a seguir rigorosamente todas as recomendações médicas, incluindo uso correto de medicamentos, comparecimento às consultas de acompanhamento e comunicação imediata de quaisquer sinais ou sintomas anormais.

Estou ciente de que o descumprimento das orientações poderá comprometer o resultado da cirurgia e aumentar o risco de complicações.

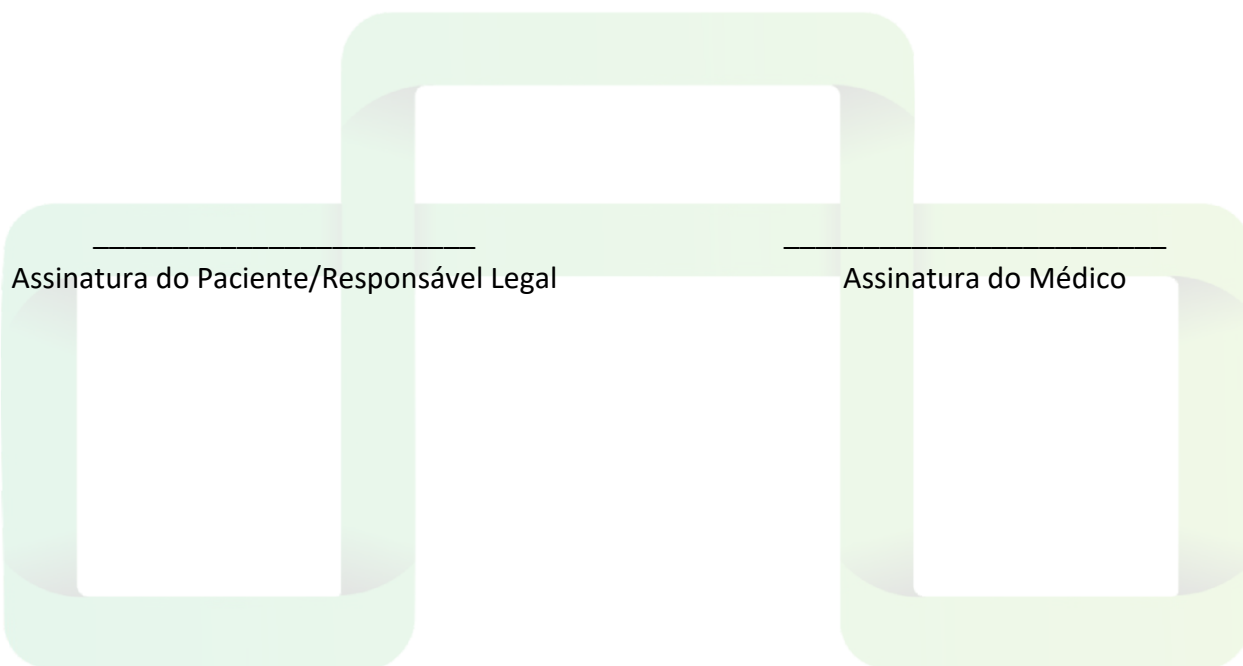
Declaro que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas em linguagem clara, acessível e compreensível, tendo recebido informações suficientes acerca dos princípios, indicações, benefícios, riscos, possíveis complicações e alternativas terapêuticas.

Reconheço que a Medicina não é uma ciência exata e que não há garantia expressa ou implícita de resultado, sucesso cirúrgico ou ausência de complicações.

Assim, de forma livre e esclarecida, autorizo o profissional indicado abaixo e sua equipe a realizarem a cirurgia de correção de estrabismo no(s) olho(s) indicado(s), bem como todos os procedimentos necessários ao adequado tratamento do meu caso.

Declaro, por fim, que li, compreendi e aceito integralmente este termo, consentindo de forma plena e consciente com a realização do procedimento.

Guanhães/MG, ____ de _____ de _____.



Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico