

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA DE FACOEMULSIFICAÇÃO
COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR**

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 que fui devidamente informado(a) de que a cirurgia é indicada para o tratamento da catarata, condição caracterizada pela opacificação do cristalino, que causa redução progressiva da visão. O objetivo do procedimento é proporcionar melhora parcial ou total da capacidade visual, sendo que a extensão dessa recuperação dependerá da existência ou não de outras doenças ou alterações oculares associadas, tais como alterações da córnea, da retina ou do nervo óptico, bem como da ocorrência de eventuais intercorrências durante ou após o ato cirúrgico.

Fui esclarecido(a) de que, quanto mais avançada ou madura estiver a catarata, maior poderá ser o tempo cirúrgico e o grau de manipulação intraocular, podendo isso influenciar na recuperação visual pós-operatória. Estou ciente de que, mesmo após a cirurgia, poderá ser necessário o uso de lentes corretoras para visão de longe, de perto ou ambas. Fui informado(a) também de que, embora seja evento raro, pode ocorrer ruptura da cápsula posterior do cristalino, o que poderá impossibilitar o implante imediato da lente intraocular, sendo necessário realizá-lo em momento posterior, aproximadamente após 60 (sessenta) dias.

Fui orientado(a) de que a cirurgia pode exigir a realização de suturas, as quais poderão ser retiradas, se necessário, após período mínimo aproximado de 45 (quarenta e cinco) dias. Fui ainda esclarecido(a) de que, em cerca de 30% dos casos, pode ocorrer opacificação da cápsula posterior meses após o procedimento, situação que poderá ser tratada por meio de aplicação de YAG Laser. Também compreendo que, ainda que raramente, pode haver perda da transparência da córnea, podendo ser necessário transplante corneano, bem como, em situações especiais, pode haver necessidade de retirada (explante) da lente intraocular implantada.

Declaro que fui informado(a) de que a cirurgia de catarata envolve a abertura do globo ocular e, portanto, apresenta riscos inerentes a procedimentos intraoculares, tais como hemorragias, infecções (inclusive endoftalmite), processos inflamatórios, edema de córnea, edema macular, aumento da pressão intraocular, descolamento de retina, necessidade de novos procedimentos cirúrgicos e, em situações excepcionais, perda parcial ou total da visão. Estou ciente de que, embora

o implante da lente intraocular seja procedimento padrão, ele poderá não ser realizado caso o cirurgião entenda que sua implantação aumente o risco de complicações ou comprometa o resultado visual.

Declaro que recebi orientações claras quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios e comprometo-me a seguir rigorosamente todas as recomendações médicas, incluindo o uso correto de colírios e medicamentos prescritos, o comparecimento às consultas de revisão nas datas indicadas e a comunicação imediata de quaisquer sintomas anormais, como dor intensa, piora súbita da visão, vermelhidão acentuada ou secreção ocular. Estou ciente de que o descumprimento das orientações médicas 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 ciência exata e que não há garantia expressa ou implícita de resultado, recuperação visual total ou ausência de intercorrências.

Assim, de forma livre e esclarecida, declaro que consinto plenamente com a realização da cirurgia de Facoemulsificação com implante de lente intraocular no (s) olho (s) acima indicado (s).

Guanhães/MG, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico