

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA FISTULIZANTE ANTI-
GLAUCOMATOSA (GLAUCOMA)**

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 o glaucoma é uma doença progressiva que pode causar dano irreversível ao nervo óptico em decorrência, principalmente, da elevação da pressão intraocular. A cirurgia é indicada com a finalidade de reduzir a pressão intraocular quando o tratamento clínico com colírios, laser ou outras medidas não se mostram suficientes para o adequado controle da doença.

Fui esclarecido(a) de que o procedimento consiste na criação de uma comunicação (fístula) entre a câmara anterior do olho e o espaço subconjuntival, protegida por retalho escleral, permitindo o escoamento do humor aquoso e, conseqüentemente, a redução da pressão intraocular. Fui informado(a) de que a formação da chamada “bolha filtrante” é parte esperada do procedimento e que seu tamanho e funcionamento podem variar conforme a resposta individual de cicatrização.

Compreendo que o objetivo principal da cirurgia é evitar ou retardar a progressão do dano glaucomatoso, preservando a visão ainda existente. Estou ciente de que a visão já perdida em decorrência do glaucoma não pode ser recuperada e que, em casos de glaucoma muito avançado, existe risco de perda adicional da visão central, ainda que raro. Também fui informado(a) de que poderá ser necessária mais de uma cirurgia, inclusive com técnicas diferentes, em caso de insucesso parcial ou total, bem como que pode haver necessidade de continuar utilizando colírios para glaucoma mesmo após o procedimento. Estou ciente, ainda, de que pode haver diminuição da visão mesmo com a pressão intraocular adequadamente controlada e que, em alguns casos, poderá ser necessário realizar procedimentos complementares, como corte de pontos com laser.

Fui esclarecido(a) de que toda cirurgia intraocular envolve riscos e possíveis complicações. Entre eles estão hemorragias, infecções, vazamentos pela ferida cirúrgica, hipotonia ocular (pressão muito baixa), descolamento de coróide, descolamento de retina, inflamações persistentes

(uveítes), glaucoma maligno, aparecimento ou progressão de catarata, goniossinéquias, desinserção do retalho escleral, descolamento da membrana de Descemet, sangramentos intraoculares, formação de vesícula filtrante encapsulada, dor ocular, desconforto e evolução da perda visual. Fui informado(a) de que, embora sejam complicações incomuns, podem exigir tratamentos adicionais, novos procedimentos cirúrgicos e, em situações excepcionais, podem levar à perda parcial ou total da visão.

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 dos colírios e medicamentos prescritos, o comparecimento às consultas de acompanhamento nas datas indicadas e a comunicação imediata de quaisquer sintomas anormais, como dor intensa, vermelhidão acentuada, secreção, piora súbita da visão ou qualquer outra alteração ocular. Estou ciente de que o não cumprimento das orientações médicas poderá comprometer o resultado do tratamento 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 esperados, riscos, possíveis complicações e alternativas terapêuticas. Reconheço que a Medicina não é ciência exata e que, diante da possibilidade de riscos e intercorrências, não é possível ao cirurgião ou à sua equipe garantir resultado específico, recuperação visual ou ausência de complicações.

Assim, de forma livre, consciente e sem qualquer coação ou constrangimento, declaro que consinto plenamente com a realização da Cirurgia Fistulizante Anti-Glaucomatosa no olho acima indicado.

Guanhães/MG, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico