

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO OCULAR COM
MEDICAMENTO QUIMIOTERÁPICO ANTIANGIOGÊNICO**

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

Fui informado de que sou portador(a) de doença ocular caracterizada pela formação anormal de vasos sanguíneos ou acúmulo de líquido na retina, condição que pode levar à redução progressiva da visão e, eventualmente, à perda visual permanente caso não seja tratada adequadamente.

Fui esclarecido(a) de que o tratamento indicado consiste na aplicação intraocular de medicamento quimioterápico com ação antiangiogênica, que atua bloqueando substâncias responsáveis pela formação de novos vasos sanguíneos anormais, especialmente o fator de crescimento endotelial vascular (VEGF). O medicamento será administrado por meio de injeção intravítrea, procedimento realizado com anestesia local e em condições técnicas adequadas de assepsia e segurança.

Compreendo que o tratamento pode exigir aplicações repetidas, conforme a evolução clínica da doença e a resposta individual ao medicamento, não sendo possível determinar previamente o número exato de aplicações necessárias.

Fui informado(a) de que os benefícios esperados com o tratamento incluem a possibilidade de estabilização da doença, redução do edema ou da atividade neovascular, diminuição do risco de progressão da perda visual e, em alguns casos, melhora parcial da acuidade visual. No entanto, estou ciente de que não há garantia de cura ou recuperação total da visão, e que os resultados podem variar conforme características individuais e estágio da doença.

Também fui esclarecido(a) de que todo procedimento médico envolve riscos e possíveis complicações. Entre os riscos mais comuns estão dor ou desconforto ocular temporário, vermelhidão, sensação de corpo estranho, pequeno sangramento na parte branca do olho e aumento transitório da pressão intraocular. Fui informado(a) ainda sobre riscos menos frequentes, porém potencialmente graves, tais como infecção intraocular (endoftalmite), inflamação

intraocular, descolamento de retina, hemorragia intraocular, formação ou progressão de catarata, necessidade de procedimentos cirúrgicos adicionais e, em situações raras, perda parcial ou total da visão no olho tratado.

Recebi orientação de que devo procurar atendimento médico imediato caso apresente dor intensa, piora súbita da visão, aumento significativo da vermelhidão ocular, secreção, sensibilidade acentuada à luz ou qualquer outro sintoma que cause preocupação após o procedimento.

Declaro que tive oportunidade de fazer perguntas, que todas foram respondidas de maneira clara e satisfatória, e que recebi informações suficientes para compreender a natureza do tratamento, seus benefícios, riscos e alternativas. Declaro, ainda, que estou ciente de que posso revogar este consentimento a qualquer momento antes da realização do procedimento, sem prejuízo do meu direito à continuidade do acompanhamento médico.

Comprometo-me a seguir rigorosamente todas as orientações médicas antes e após o procedimento, ciente de que o não cumprimento pode comprometer os resultados e aumentar os riscos.

Assim, após ter recebido e compreendido todas as informações necessárias, declaro que consinto de forma livre, voluntária e esclarecida com a realização do tratamento ocular com medicamento quimioterápico antiangiogênico por meio de injeção intravítrea.

Guanhães/MG, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico