

O(A) paciente \_\_\_\_\_ data de nascimento \_\_/\_\_/\_\_,

ou seu responsável \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao

(à) médico (a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/SC sob o n.º \_\_\_\_\_ credenciado pelo Hospital Dona Helena, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **CORREÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA**, e todos que o incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** A cirurgia do glaucoma consiste em criar-se uma passagem por onde escoe o líquido que circula dentro do olho (Humor Aquoso), evitando o aumento da pressão ocular, à semelhança da válvula de segurança de uma panela de pressão. As primeiras semanas do pós-operatório são de extrema importância. Como a pressão ocular geralmente fica muito baixa nos primeiros dias, exercícios violentos, tosse vômitos ou compressão do globo ocular poderão causar complicações, na maioria das vezes inconvenientes e algumas vezes graves. Por outro, o organismo tentará com a cicatrização fechar o sistema de drenagem assim criado, levando ao conseqüente aumento da pressão intraocular. Dessa forma a vigilância médica é muito importante conforme a evolução da cicatrização (que varia de pessoa para pessoa). O médico poderá prescrever injeções anti-cicatrizantes, massagens oculares (quando o olho apresenta uma cicatrização exacerbada) ou mesmo repouso absoluto, quando a cicatrização é lenta e insuficiente. Ocasionalmente é possível que se tenha que reintervir no paciente para fazer os ajustes necessários, frente à evolução anormal da cicatrização da cirurgia.

#### **COMPLICAÇÕES:**

- 1) Descolamento de coróide.
- 2) Infecção.
- 3) Hemorragia (sangramento dentro ou fora do olho).
- 4) Descolamento de retina (situação que normalmente requer cirurgia).
- 5) Uveíte, irite (inflamação dentro dos olhos).
- 6) Atrofia de íris.
- 7) Perda da transparência da córnea.
- 8) Alterações da forma ou tamanho da pupila.
- 9) Deslocamento da lente implantada (algumas vezes necessitando de reposicionamento ou troca da lente).
- 10) Visão dupla ou embaçada.
- 11) Perda vítrea ("gelatina" que fica no interior do olho).
- 12) Apagamento da câmara anterior.
- 13) Neuropatia óptica isquêmica (atrofia parcial ou total do nervo do olho).
- 14) Problemas com a circulação do fluido intraocular (humor aquoso).
- 15) Aderência interna (cicatrizes intraoculares).
- 16) Vazamento do líquido do olho.
- 17) Ptose permanente (queda da pálpebra).
- 18) Perda da Visão.
- 19) Leve ptose (queda) palpebral.
- 20) Edema (inchaço) ao redor do olho.
- 21) Olho seco ou irritação (ressecamento ocular com coceira, ardência, sensação de areia e lacrimejamento).
- 22) Reflexos ou leves distorções da lente implantada.
- 23) Aumento, mudança nas formas e tamanho das moscas volantes (sombrias que se movem com os movimentos oculares).
- 24) Mudança significativa do grau dos óculos.
- 25) Dificuldade para piscar e visão dupla (normalmente temporário).

#### **INFECÇÃO HOSPITALAR:**

A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infections Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou unitário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local).

Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.

4. **Cirurgias infectadas** – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso supuração locais e/ou tecido necrótico).

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **CORREÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O (A) médico (a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existente.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

**Deve ser preenchido pelo médico assistente**

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

Joinville (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ . Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS**

Assinatura do(a) paciente \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente \_\_\_\_\_

RG Nº \_\_\_\_\_

RG Nº \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

Joinville (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ . Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.**