|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  **Angiografia da Retina com Fluoresceína ou com Indocianina Verde**  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento proposto - exame de angiografia da retina, com fluoresceína ou com indocianina verde. O(a) médico(a) explicou-me de forma clara o objetivo do exame, que serve para diagnosticar e acompanhar alterações no fundo de olho (coroide, retina e nervo óptico) que não são visíveis no exame clínico em consultório oftalmológico. Ou seja, é um exame que complementa as informações do exame clínico oftalmológico executado pela equipe médica. Consiste em fotos do fundo de olho durante a circulação de fluoresceína ou de indocianina verde. Ambos são substâncias que agem como um contraste endovenoso, não iodado, e são eliminados principalmente pelo rim, corando pele e mucosas. Foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Fui informado(a) que deverei vir para o exame com acompanhante e sem estar dirigindo, pois as minhas pupilas serão dilatadas e o “flash” da máquina fotográfica pode ofuscar os olhos temporariamente. O uso de qualquer medicação (inclusive insulina) não deve ser suspenso. Deverei fazer uma refeição leve duas horas antes do exame e trazer os exames realizados previamente, com a finalidade de comparação.  Fui informado também que no momento do exame serei orientado(a) sobre a dilatação das pupilas e sobre a necessidade de punção venosa periférica em uma veia do antebraço ou da mão para a injeção do contraste. Após a dilatação das pupilas com colírios, serei posicionado(a) no aparelho e será injetado o contraste. Fotos sequenciais serão tiradas pelo oftalmologista, durante o exame de 5 a 10 minutos, conforme a doença estudada. O exame é indolor, podendo ocorrer leve desconforto devido à punção da agulha para injeção, devido ao “flash” da máquina fotográfica e ofuscamento temporário dos olhos logo após o exame.  Estou ciente que após terminar o exame, deverei aguardar alguns instantes (aproximadamente 10 minutos) antes de sair do hospital. A minha pupila permanecerá dilatada por 4 a 12 horas, a urina ficará com coloração escura por 24 a 48 horas, a pele e a porção branca do olho poderão ficar levemente coradas por 2 a 4 horas, e precisarei ingerir bastante líquido para tornar mais rápida a eliminação do contraste.  Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, embora sejam raros, sendo que além daquelas complicações possíveis durante a cirurgia existem outras que podem ocorrer no pós-operatório imediato ou tardio.  Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:  1. Complicações técnicas durante o procedimento que impeçam a sua realização.  2. Suspensão do procedimento por impossibilidade de realização tendo em vista condições técnicas, clínicas ou administrativas surgidas imediatamente antes do procedimento e que não dependem da ação da equipe médica para sua resolução.  3. Extravasamento local do corante, ficando a pele colorida em torno do local da punção e dolorida por algumas horas.  4. Hematoma pequeno no local da punção, que poderá permanecer por alguns dias.  5. Náuseas e vômitos, que ocorrem geralmente, em pessoas com menos de 50 anos e do sexo masculino, devido à injeção rápida do contraste.  6. Reação vaso-vagal, que inclui sensação de desmaio ou mesmo desmaio.  7. Reação alérgica anafilática (rara), incluindo urticária, vermelhidão local ou em outros locais da pele, espirros, broncoespasmo, tosse, edema de laringe.  8. Reações muito raras, como convulsões, tromboflebite, epilepsia, infarto e até morte.  9. Outros riscos (especificar quando pertinente)      .  Estou ciente de que a lista anterior pode não contemplar todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns. Estou ciente também sobre as contraindicações absolutas para angiografia com fluoresceína, que incluem história de reação alérgica ao contraste em exame anterior, insuficiência renal, hepática e cardíaca não controladas e epilepsia. O exame está contraindicado ainda em gestantes (grávidas). Da mesma forma fui informado(a) que as contraindicações absolutas para angiografia com indocianina verde são a história de alergia a camarão ou contrastes iodados, além das condições anteriormente cima descritas.  Reconheço que durante o exame ou no período pós-exame, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o procedimento for iniciado.  Concordo também que, caso ocorra algum acidente por agulha com o profissional da equipe durante o procedimento, seja coletado meu sangue para exame de doenças infecciosas, como Hepatite B e C, e HIV.  Autorizo igualmente que imagens do procedimento e de exames complementares possam ser utilizadas para fins científicos, como apresentação de casos a acadêmicos ou residentes e apresentações em eventos médicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.  Assim, AUTORIZO a equipe médica oftalmológica a realizar o exame de:   1. (     ) angiografia da retina com fluoresceína. 2. (     ) angiografia da retina com indocianina verde   **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica que o exame proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínic*o*.  Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e entendi o seu conteúdo.  Data:      /     /     .  Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:    Assinatura do paciente ou responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Grau de parentesco do responsável:           Assinatura e CRM do médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.**  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO**  **Serviço de Oftalmologia**  **Angiografia da Retina com Fluoresceína ou com Indocianina Verde** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-604FE– gráfica hcpa – jan23**