|  |
| --- |
|  TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Fotocoagulação com Laser – Ambulatorial**Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento proposto - Fotocoagulação com Laser de forma ambulatorial - como forma de tratamento para       O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente. Fui informado(a) que será necessário dilatar a minha pupila e utilizar colírio anestésico. Também me informaram que o procedimento pode ser desconfortável devido à luz do laser, ou mesmo dolorido durante a sua aplicação, como ferroadas intermitentes no olho. Entendi que minha visão poderá ficar perturbada durante várias horas após o procedimento. 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 esclarecidos e são os seguintes: 1. Complicações técnicas durante o procedimento que impeçam a sua realização. 2. Suspensão do procedimento por impossibilidade da realização por condições técnicas, clínicas, como alergia inesperada ao uso do colírio para dilatar a pupila e do colírio anestésico, ou administrativas surgidas imediatamente antes do procedimento e que não dependem da ação da equipe médica para sua resolução. 3. Possibilidade de progressão da doença, mesmo com o tratamento realizado, por persistência da agressividade da retinopatia. 4. Formação tardia de catarata. 5. Piora transitória ou definitiva da visão por hemorragia de retina, descolamento de retina, oclusões vasculares da retina, cicatrizes com fibrose da retina, formação de membrana epiretiniana.6. 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. Fui informado(a) também sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto, incluindo      . Reconheço que durante o procedimento médico ou no período pós-operatório, 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 com a instilação do colírio para dilatar a pupila, do colírio anestésico e do uso da lente especial para aplicação do laser. 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. **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 tratamento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico. 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****Fotocoagulação com Laser – Ambulatorial** | Nome do Paciente:      Nº do Registro:       |

**MED-605FE– gráfica hcpa – jan23**