

 <p><b>albert sabin</b> HOSPITAL</p> <p>Código <b>CHAS-TCLE.OF.003</b></p> <p>Versão:2º – 20/01/2016</p>	<p><b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</b></p> <p><b>CIRURGIA REFRACTIVA A LASER</b></p>	<p><b>COLAR ETIQUETA</b></p>
--	--	------------------------------

Por este instrumento particular o(a) paciente (ACIMA CITADO) ou seu responsável (ABAIXO CITADO), 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 ( ABAIXO CITADO), para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado **“CIRURGIA REFRACTIVA A LASER”**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (ABAIXO TRANSCRITOS) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** A **Cirurgia Refrativa a laser** é o procedimento cirúrgico para correção do **“grau dos olhos” (miopia, astigmatismo e ou hipermetropia)** feita por meio de um equipamento chamado **Excimer Laser** através do modo **PRK** ou do **LASIK**.

**COMPLICAÇÕES:**

1. É possível que os resultados desejados da cirurgia não sejam obtidos e haja necessidade de um tratamento posterior com laser (retoque), ou pode ser necessário o uso de óculos ou lentes de contato para atingir uma visão útil;
2. Se o médico julgar necessário, poderá cancelar a cirurgia antes ou após a realização do “flap” corneano;
3. Em raros casos, condições como ofuscamento visual, halos e visão borrada, podem permanecer após a cirurgia;
4. Durante o período de cicatrização poderá ocorrer dor, visão dupla, edema de córnea, sensação de corpo estranho, imagens em sombra, sensibilidade aumentada à luz, e lacrimejamento;
5. Pode ocorrer dificuldade visual, sobretudo nos primeiros dias;
6. Alguns pacientes podem apresentar aumento da pressão intra-ocular no pós operatório;
7. Em casos raros pode haver diminuição da acuidade visual, mesmo com o uso de óculos ou lentes de contato, após a cirurgia, decorrente de complicações inerentes ao procedimento;
8. Pode ocorrer em alguns pacientes a hipocorreção (correção menor do que a desejada ou planejada – ex.: corrigir 3 graus quando se pretendia corrigir 4 graus);
9. Pode ocorrer a hipercorreção (correção acima do programado, mas é incomum);
10. Infecção é extremamente rara. Em casos severos pode comprometer severamente a visão;
11. Pode ocorrer dor e desconforto após a cirurgia, sobretudo nas primeiras 72 horas;
12. Halos ao redor de luzes e ofuscamento noturno podem ocorrer, principalmente em pacientes com pupilas muito grandes. Diminuem com o tempo, embora não totalmente em alguns pacientes;
13. Opacidade da córnea é uma alteração na transparência da córnea devido a cicatrização excessiva. Tende a melhorar com o tempo, embora não totalmente.

**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 Infection Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos 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 urinário);
2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (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 local) e/ou tecido necrótico.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

<input type="checkbox"/> Paciente:  <p style="text-align: right;">Assinatura</p>	<p>Recife (Pernambuco)</p> <p>_____/_____/_____</p> <p>Hora: ____:____</p>
<input type="checkbox"/> <b>Aplicável se responsável</b> Nome: _____ Doc. Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____ <p style="text-align: right;">Assinatura</p>	Testemunhas: 1) Nome: _____ CPF nº: _____ Assinatura: _____ 2) Nome: _____ CPF nº: _____ Assinatura: _____

**PREENCHIDO PELO MÉDICO:**

Expliquei todo o procedimento/ tratamento ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, alternativas, referentes a sua recusa, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome do médico(a): \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

**Assinatura e Carimbo**