

| | |
|-------------------------|---------------------|
| PACIENTE: | |
| DATA NASCIMENTO: | RG Nº: |
| PRONTUÁRIO: | ATENDIMENTO: |

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Hospital Dia.

PROCEDIMENTO: Cirurgia para correção de estrabismo, e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, 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 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico de **CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE ESTRABISMO**, antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINIÇÃO: Estrabismo é o termo médico para designar olhos que não estão perfeitamente alinhados, ou seja, um olho fixa em uma direção e o outro em direção diferente. O desvio pode em todas as posições do olhar ou em apenas algumas. Pode, também, ser latente (aparece apenas quando se oclui um dos olhos), manifesto (presente com os olhos abertos), ou intermitente (às vezes latente, outras, manifesto). Quando há estrabismo na infância, o cérebro bloqueia ativamente ou suprime a imagem que provém do olho desviado para evitar a percepção de visão dupla. Com isso, cessa o desenvolvimento da acuidade visual nesse olho, ocorrendo a ambliopia. Os seres humanos nascem com visão baixa. O desenvolvimento é progressivo até atingir a normalidade em torno dos seis anos, em condições normais de estímulo (cada olho deve receber imagens nítidas do meio ambiente). Caso a visão não tenha se desenvolvido até essa idade, pouco pode ser feito para melhorá-la. O déficit visual costuma ser permanente.

PROCEDIMENTO PROPOSTO: Cirurgia corretiva de estrabismo - é o procedimento que visa o alinhamento dos olhos. É um procedimento eletivo, e que não atua sobre as causas do estrabismo. A cirurgia é realizada nos músculos oculares que são reforçados, enfraquecidos, transpostos, conforme o caso demande. Pode-se operar um ou os dois olhos no mesmo ato. A cirurgia não é uma solução definitiva e completa do estrabismo; busca-se o melhor posicionamento possível dos olhos e, em geral, consegue-se um bom resultado estético. Às vezes é necessário mais de um ato cirúrgico para obter-se o desejado. Na realização da cirurgia, usam-se fios absorvíveis pelo organismo. O acesso aos músculos é através da conjuntiva, membrana transparente que recobre o branco dos olhos. Não costuma haver cicatrizes permanentes visíveis. Os olhos ficam avermelhados por cerca de quatro semanas após a cirurgia, e a dor é pequena, facilmente controlável por analgésicos comuns usados nos primeiros dias. A idade ideal de cirurgia para os que nascem estrábicos é entre os seis e dezoito meses, para tentar se conseguir alguma forma de fusão das imagens dos dois olhos. A cirurgia corretiva do estrabismo visa melhorar o alinhamento dos olhos, não resulta em melhora da visão, não melhora os danos causados à visão por alterações consolidadas da retina, por glaucoma, por outras afecções do nervo óptico ou outra estrutura do olho.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. A cirurgia para Correção de Estrabismo, o paciente deverá seguir os conselhos do profissional (médico) e realizar as prescrições indicadas para minimizar as possibilidades de ocorrência de complicações antes, durante ou depois da cirurgia. As complicações depois da operação podem ocorrer por dias, semanas, meses ou anos após o ato cirúrgico e incluem: Falha em se obter o sucesso operatório; Descolamento de retina que pode necessitar cirurgia ou ser inoperável; Hemorragia vítrea; Infecção; Aumento da pressão do olho (glaucoma); Embaçamento corneano ou cicatrização excessiva; Catarata que pode necessitar remoção imediata ou tardia do cristalino; Visão

Termo de Consentimento Livre Esclarecido Correção de Estrabismo

| | |
|-------------------------|---------------------|
| PACIENTE: | |
| DATA NASCIMENTO: | RG Nº: |
| PRONTUÁRIO: | ATENDIMENTO: |

dupla; Cegueira permanente, diminuição da visão central ou periférica; Atrofia Ocular e perda de olho. As complicações locais decorrentes da injeção de anestésico ao redor do olho incluem: Perfuração do olho; Lesão do nervo óptico; Má circulação da retina; Possível queda da pálpebra superior; Depressão respiratória; Hipotensão arterial; Reações alérgicas a medicações usadas. No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

Declaro para todos os fins legais, especialmente no disposto no artigo 39, VI da Lei 8.078/90 que dou plena autorização ao médico por mim escolhido, Dr(a) _____ e sua equipe, para executar o tratamento cirúrgico designado CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE ESTRABISMO no meu olho _____ e todos os procedimentos oftalmológicos que integram e se fizerem necessários, além da anestesia e outras condutas médicas cirúrgicas que tal tratamento venha a exigir.

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 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% (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 local) e/ou tecido necrótico.

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, 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, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido 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.

() Paciente

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____

| | |
|-------------------------|---------------------|
| PACIENTE: | |
| DATA NASCIMENTO: | RG Nº: |
| PRONTUÁRIO: | ATENDIMENTO: |

() **Responsável**

Nome: _____

Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____

Declaração do Médico Responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o exame, os riscos e complicações, as orientações pré e pós exame. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____