

PACIENTE:				ATENDIMENTO:		DATA:
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:		UNIDADE:		TEMPO INTERN:
CONVÊNIO:			PLANO:			

**- CIRURGIA DE VITRECTOMIA -**

Por este instrumento, eu declaro que:

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo (a) médico (a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

**DIAGNÓSTICO:**

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

- CIRURGIA DE VITRECTOMIA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

**LATERALIDADE:**  DIREITA  ESQUERDA  BILATERAL  NÃO SE APLICA

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

A vitrectomia é a remoção do humor vítreo, gel que preenche a maior parte da cavidade interna ocular e que mantém contato próximo com a retina, o nervo óptico e o cristalino. A cirurgia de vitrectomia é realizada para tratamento de algumas doenças que não só ameaçam ou levam a baixa visão, como tem alto potencial cegante, tais como: opacidades vítreas; retinopatia proliferativa secundária a diabetes e a diversas outras doenças; deslocamento de retina; deslocamento do cristalino ou lente intraocular para a cavidade vítrea; membrana epiretiniana; buraco macular; endoftalmite; trauma ocular com hemorragia vítrea e/ou corpo estranho intraocular.

A cirurgia de vitrectomia tem como objetivo:

- Promover remoção de opacidades vítreas que não estão resolvendo-se naturalmente;
- Remover sangue e diminuir a chance de ocorrerem novas hemorragias e deslocamento de retina;
- Remover a tração da retina e facilitar/reaplicar posicionamento com a possível colocação de gás ou óleo de silicone;
- Remover material residual do cristalino que pode levar à inflamação ocular e glaucoma incontrolável;
- Retirar a lente intraocular de posição inadequada para colocá-la no local em que possa melhorar a visão;
- Remover material infectado ocular que pode levar a perda irreversível visão e atrofia ocular.

O tempo de cirurgia varia de uma a quatro horas, dependendo da presença de alterações oculares concomitantes. O ato cirúrgico geralmente é executado com anestesia local e sedação (realizada por anestesiolegista especialista neste tipo de procedimento. Pode ser usada substâncias no ato cirúrgico para possibilitar resultados melhores como: óleo de silicone, gás intraocular dentre outras aqui não descritas e tem orientações específicas pós operatório, por exemplo uso de óleo de silicone pode emulsificar e migrar para câmara anterior, aumentar pressão ocular e acelerar catarata. Geralmente mencionamos possibilidade de nova cirurgia entre 4 a 6 meses para retirada do óleo de silicone se as condições forem favoráveis a recuperação visual e permanência da retina colada.

Descrição adicional do procedimento:

**BENEFÍCIOS ESPERADOS**

A vitrectomia pode resultar em melhora da visão, assim como pode não evitar a piora da visão. A vitrectomia não melhora os danos causados à visão por alterações consolidadas da retina, por glaucoma ou por outras afecções do nervo óptico. A chance de melhora e o risco de complicações variam de acordo com o tipo de doença, seu tempo de evolução e presença de alterações oculares e/ou sistêmica concomitante.

Benefícios esperados adicionais:

**ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO**

A indicação da cirurgia pelo médico examinador ocorre diante da possibilidade de obter-se visão melhor com a realização da cirurgia do que se ela não for realizada.

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao (a) médico responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da doença ocular.

Alternativas e consequências adicionais:

**RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO**

A decisão de se submeter à cirurgia/procedimento na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

As complicações pós-operatórias podem ocorrer dias, semanas, meses ou anos após o ato cirúrgico e incluem: falha em se obter sucesso operatório; descolamento de retina que pode necessitar nova cirurgia ou ser inoperável; hemorragia vítrea; infecção; aumento da pressão do olho (glaucoma); defeitos da córnea causados por dificuldade na cicatrização; embaçamento corneano ou cicatrização excessiva; catarata que pode necessitar remoção imediata ou tardia do cristalino; visão dupla; flacidez de pálpebra superior com posicionamento mais baixo; diminuição da circulação dos tecidos vitais do olho resultando em diminuição ou perda da visão; cegueira permanente, diminuição da visão central ou periférica; atrofia ocular e perda do olho, incluem-se nestes riscos, as enfermidades derivadas da própria doença do paciente, configuradas no transcorrer da intervenção, bem como no período pós-operatório.

O cumprimento das recomendações e prescrições pós-operatórias fornecidas pelo cirurgião é imprescindível para ajudar no tratamento dos

PACIENTE:				ATENDIMENTO:		DATA:
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:		UNIDADE:		TEMPO INTERN:
CONVÊNIO:			PLANO:			

problemas anteriormente relacionados.

O sucesso da cirurgia de vitrectomia não depende exclusivamente da habilidade do cirurgião e dos equipamentos por ele utilizado para a recuperação da visão. Depende também, da resposta orgânica que é característica individual de cada pessoa. Embora este documento tenha relacionado os problemas mais simples e até mesmo os de ocorrência bastante rara, é impossível prever todos os problemas que possam surgir no caso do tratamento cirúrgico.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a atual condição clínica, porém pode não ser a cura para tal condição. Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Riscos potenciais adicionais:

## REABILITAÇÃO

Fui informado de que, após a cirurgia, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação.

Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica. O(A) médico(a) responsável discutiu e explicou as orientações de reabilitação.

O paciente deve seguir tais orientações médicas:

- Lavar as mãos com água corrente e sabão sempre que for usar as medicações;
- Evitar tocar, com o bico do frasco de colírios, nos cílios ou na pele;
- Guardar os medicamentos em locais apropriados conforme orientação dos fabricantes;
- Evitar locais com risco maior de trauma ocular, como aglomerações de pessoas (risco de traumas involuntários);
- Evitar pegar pesos excessivos (acima de 10 quilos nos primeiros 30 dias de pós-operatório).

Deverá retornar ao ambulatório de oftalmologia se sentir dor ocular, visão turva ou observar qualquer alteração no olho.

Orientações adicionais de reabilitação:

## AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento.

Esta autorização é dada ao/à médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s).

Autorizo  Sim  Não, a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura. Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (hh:min)

\_\_\_\_\_  
Paciente

ou

\_\_\_\_\_  
Responsável

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento.

**Representante / Responsável Legal:**

**Identidade:**

**Parentesco:**

PACIENTE:				ATENDIMENTO:		DATA:
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:		UNIDADE:		TEMPO INTERN:
CONVÊNIO:			PLANO:			

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO**

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo 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.

Salvador,