|  |
| --- |
|  TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Fotocoagulação com Laser em PrematurosEu, 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 -** como forma de tratamento para       no menor sob minha responsabilidade       O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.Fui informado(a) que a retinopatia da prematuridade é uma doença da retina (fundo de olho) que afeta crianças nascidas pré-termo, expostas a altas concentrações ambientes de oxigênio. A retina humana não apresenta irrigação sanguínea completa até cerca de 30 dias após o nascimento. Este olho sem vascularização completa após o nascimento, ainda menos vascularizado em prematuros, pode apresentar alterações como sangramento (hemorragia vítrea), descolamento de retina, membrana retro-cristaliniana, catarata, sinéquias anteriores (pupila não dilata), sinéquias posteriores e mal-formações oculares. Quanto mais prematuro o recém-nascido e menor o peso ao nascimento, maiores os riscos de desenvolvimento da doença ocular.Fui informado(a) também que o tratamento da doença (retinopatia da prematuridade) constitui em aplicação de laser diodo nas áreas isquêmicas (não vascularizadas) a fim de tentar prevenir a progressão da doença, nos casos leves a moderados. É uma tentativa de estabilização do quadro, sendo que uma porcentagem (cerca de 25%) dos casos tem progressão da doença apesar do tratamento. Nos casos mais avançados de sangramento intra-ocular, descolamento de retina e catarata pode haver indicação de cirurgia ou somente acompanhamento.Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já 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 da realização da anestesia ou por condições técnicas, clínicas ou administrativas surgidas imediatamente antes do evento e que não dependem da ação da equipe médica para sua resolução.
3. Febre e dor, necessitando eventualmente de medicamentos para controlá-las.
4. Possibilidade de progressão da doença, mesmo com o tratamento realizado, por persistência da agressividade da retinopatia.
5. Formação tardia de catarata, inflamação intra-ocular, sangramento intra-ocular, descolamento de retina, glaucoma (aumento da pressão intra-ocular), atrofia do globo ocular e cegueira.
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) sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto, incluindo      . Reconheço que durante o procedimento médico ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento,incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. 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 cirúrgico for iniciado. Concordo também com a realização do procedimento de sedação, considerado necessário nestes casos. Fui informado(a) que complicações associadas ao ato de sedação são pouco frequentes, mas incluem alergias a medicamentos, arritmias, tosse, vômitos, irritabilidade, dificuldades respiratórias, necessidade de ventilação mecânica prolongada, parada cardíaca, entre outras.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. CONCLUSÃODiante 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 quadro clínico do(a) menor sob minha responsabilidade. Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que 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 ESCLARECIDOServiço de Oftalmologia****Fotocoagulação com Laser em prematuros** | Nome do Paciente:      Nº do Registro:       |

**MED-529FE – gráfica hcpa – jan23**