|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Eu que abaixo subscrevo      , portador do CPF      -   RG:      -   residente e domiciliado em       Estado do      , na rua       (qualificação completa), por esta e na melhor forma de direito declaro que:**1º)** Que fui informado(a) pelo médico(a) que me assiste, de minha total confiança e livre escolha, Doutor(a)       sobre o procedimento Iridectomia por Yag Laser, a que vou me submeter, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento. E sobre os riscos a que posso estar sujeito em caso de não observância dos critérios adequados para a indicação do procedimento, de acordo com a Sociedade Brasileira de Glaucoma, conforme lista exemplificativa abaixo.**2º)** Declaro também que fui informado(a) de todos os cuidados e orientações (especificar)      que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento realizado, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.**3º)** Declaro ter sido suficientemente informado, sendo descrito de forma acessível e compreensível o exame, o tratamento, a cirurgia a ser realizada bem como esclarecidas as indicações técnicas previstas pelo Consenso Médico da Sociedade Brasileira de Glaucoma, sendo certo que o a não observância dos critérios poderá agravar riscos com o procedimento: Falha na obtenção da iridotomia; Fechamento imediato ou tardio da iridotomia; Lesão epitelial ou endotelial da córnea; Hifema (hemorragia na câmara anterior); Opacidade do cristalino; Lesão retiniana; Uveíte anterior; Corectopia (deslocamento pupilar de sua posição normal); Edema macular cistóide; Aumento da pressão intraocular; Distúrbios visuais; Cegueira.**4º)** Declaro que ficaram claros para mim quais são os propósitos dos procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos destacados **e que a minha decisão é de aceitar esse procedimento**.**5º)** Concordo voluntariamente com o que será realizado e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento antes da realização da cirurgia.**6º)** Declaro ainda que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas, bem como estou plenamente ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado 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 as providencias necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.**7º)** Declaro que o(a) médico(a) me informou sobre a natureza e características do tratamento proposto, bem como dos resultados esperados e de outras possíveis alternativas de tratamento para a doença; como também os possíveis riscos conhecidos, complicações e benefícios esperados relativos ao tratamento proposto e as formas alternativas, incluindo o não tratamento. Informando-me, ainda, que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos, como também que em uma cirurgia existem riscos significantes levando à necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos. **8º)** Em caso de eventual anestesia, esta deverá ser feita por um médico anestesiologista aprovado pelo meu médico, sabendo que toda anestesia envolve um certo risco, podendo ocorrer complicações e danos.**9º)** Declaro, por fim, que tenho conhecimento de que a responsabilidade da operadora limita-se à cobertura dos procedimentos referidos, eximindo-a de quaisquer problemas e/ou complicações do insucesso da cirurgia, ou pelo não atendimento das normas legais por parte das instituições e respectivos profissionais que se disponham a realizá-los.Por ser a mais pura expressão da verdade, firmo o presente. |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Londrina, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** |  |  |  |
|  | **Assinatura do Paciente** |  | **Assinatura do Responsável** |  |
|  |  |  |  |  |