

Termo de Consentimento

Eu, _____, declaro, para os fins legais, disposto no Art. 39, VI, da lei 8.078/90, que autorizo o Dr Roberto Freda, CRM 20410, a realizar o tratamento cirúrgico da catarata (facectomia), com implante de lente intra-ocular, no meu olho _____, bem como todos os procedimentos oftalmológicos que o integram (incluindo anestesia, realizada pela equipe de anestesistas) e que se fizerem necessários, no momento da cirurgia ou após a realização da mesma.

Afirmo estar consciente de que a cirurgia objetiva, pela remoção da catarata, melhorar a qualidade de minha visão, embora o resultado esperado possa não ser alcançado devido à existência de outras alterações oculares (na retina, na córnea ou no nervo óptico, por exemplo), que independem da catarata, ou a complicações ligadas ao próprio ato cirúrgico (impossíveis de serem previstas previamente ao ato cirúrgico).

A fim de que todas as dúvidas fossem esclarecidas quanto à cirurgia, seu objetivo, sua indicação, seus riscos e complicações possíveis, o cirurgião me explicou de maneira clara, acessível e precisa, usando linguagem de fácil compreensão, todos os itens acima enumerados. Também orientou igualmente os meus familiares e acompanhantes a respeito da cirurgia.

Declaro estar ciente de que a cirurgia a ser realizada, em face da possibilidade de ocorrência de complicações, não permite ao cirurgião garantir resultados visuais. Entendo que tudo o estiver ao seu alcance e, dentro das possibilidades, será realizado em meu favor.

Afirmo que todas as informações que prestei durante as consultas oftalmológicas de avaliação pré-operatória são verdadeiras. Compreendo que qualquer omissão ou informação errada que eu tenha passado para meu médico, poderá comprometer o resultado final da cirurgia.

Após ouvir as explicações fornecidas pelo Dr. Roberto Freda, ler este manual explicativo da cirurgia, compreender as explicações sobre a indicação, o objetivo, bem como os riscos e as complicações possíveis da cirurgia de catarata, declaro, por minha assinatura aposta a este documento, meu pleno e irrestrito consentimento para a sua realização da referida cirurgia.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável

Identidade

Identidade

Parentesco