



TERMO DE CONSENTIMENTO COMPLEMENTAR–ENVIO DE MATERIAL PARA EXAME ANATOMOPATOLÓGICO EM CASOS DE URGÊNCIA DE TRANSPLANTE DE CÓRNEA

1. **Condições Gerais:** O(A) paciente _____, ou seu responsável _____, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/PR sob o n.º _____ ou outro _____ credenciado pela Hoftalmar -Hospital e Banco de Olhos de Maringá, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar pelo método **BIÓPSIA destinado para estudo anatomopatológico**, e todos o que incluem, inclusive anestésias 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 a retirada do material pelo método **BIÓPSIA**, antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

2. **Definição:** a biópsia consiste na retirada de pequeno fragmento de tecido de qualquer parte do corpo humano para analisar em laboratório de Anatomia Patológica, visando a elucidação diagnóstica. A biópsia do olho consiste em um procedimento que é realizado pelo oftalmologista. Essa biópsia é realizada tanto com sedação, com anestesia local ou com anestesia geral. Em um transplante de córnea, o botão (ou disco) central da córnea opacificada (embaçada) é trocado por um botão central de uma córnea saudável. Na Biopsia ocular o médico retira uma amostra do o botão corneano, esse procedimento destinado ao estudo anatomopatológico está de acordo com Art. 9º pela PORTARIA Nº 2.692, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2004 estabelece que, nos casos de prioridade/urgência para transplante de córnea, o botão corneano retirado do receptor deva, obrigatoriamente, ser encaminhado ao Banco de Olhos de origem, em solução apropriada, para que possa ser providenciado o exame anatomopatológico do tecido.

3. **Complicações:** Complicações decorrentes da cirurgia vide -TERMO DE CONSENTIMENTO TRANSPLANTE DE CÓRNEA - (CERATOPLASTIA).

4. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a BIÓPSIA tenha o resultado pretendido. Declaro, igualmente, estar 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 mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício. O (A) médico (a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia. Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório. Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas. Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.



8. Conclusão. Tendo ouvido, lido e aceito as explicações sobre os RISCOS E COMPLICAÇÕES, mais comuns desta cirurgia e das chances do seu INSUCESSO, declaro, através da minha assinatura aposta neste instrumento particular, o meu pleno e irrestrito consentimento para a sua realização.

Maringá, ____ de _____ de 20 ____.

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____

CRM _____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do paciente

RG N°

Nome

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente

RG N°

Nome

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 24º Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. Art. 31º. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. Art. 34º. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.