

Câmara Técnica da FeCOOESO - 01

Modelo de Termo de Consentimento Informado e Esclarecido – TCIE – para CIRURGIA DE CATARATA

Por este instrumento particular o (a) _____, ou seu responsável Sr.(a) _____ 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, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM-_____, sob o nº _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado CIRURGIA DE FACECTOMIA (CATARATA) COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR.

Declara ainda que em relação a sua doença ocular e ao tratamento proposto encontra-se ciente e detalhadamente informado (a) sobre os seguintes aspectos:

Apesar da cirurgia proposta (facectomia extra-capsular ou facoemulsificação) ser considerada um dos procedimentos cirúrgicos mais eficazes e seguros do mundo, a mesma possui riscos de complicações oculares (como hemorragia, infecção ocular, ruptura de cápsula posterior com perda vítrea o que poderá impossibilitar o implante da lente intraocular, glaucoma, edema de córnea, luxação da catarata ou da lente intraocular para a cavidade vítrea, descolamento de retina, descolamento de coróide, edema macular, uveíte, estrabismo, atrofia de nervo óptico, hemorragia expulsiva, atrofia do globo ocular e até mesmo cegueira) e outros inerentes ao processo anestésico (paralisias musculares, de membros e até morte) apesar de todos os cuidados e cautelas tomados, pois são imponderáveis, variáveis de pessoa para pessoa, mas não estão ligados a todos os tipos de cirurgias, e sobre as quais considera plenamente satisfatórias as explicações fornecidas por seu médico assistente.

Assume ter ouvido de seu médico assistente uma explicação minuciosa e realista do que se pode esperar da mesma, em termos de benefícios visuais.

Em nenhum momento foi induzido(a) por seu médico assistente que aceitasse a indicação cirúrgica com acenos de chances irreais ou com minimização das dificuldades inerentes ao ato cirúrgico e referentes à doença ocular em tela.

Acrescenta ainda que os espaços em branco constantes deste TCIE foram preenchidos antes de sua assinatura e que, portanto, nada foi acrescentado sem que houvesse seu conhecimento prévio, tendo recebido com antecedência, levado consigo e trazido posteriormente.

De modo a evitar dúvidas futuras por quaisquer das partes envolvidas, no que tange a autenticidade deste documento, o mesmo será assinado pelo paciente e por testemunha de sua confiança.

Declara também ser possuidor do plano de saúde de categoria, e ter tomado conhecimento que o seu plano de saúde possui a cobertura do procedimento oftalmológico CIRURGIA DE CATARATA (Facectomia por Facoemulsificação com Implante de Lente Intraocular) – Cód. TUSS 3.03.06.02-7 previamente acordado mediante contrato havido entre ele(a) e sua Operadora de Plano de Saúde.

Declara por último ter tomado conhecimento que o seu plano de saúde pagará **o teto** por uma lente intraocular de boa qualidade, conforme previsão contratual firmada entre ele(a) e seu(u) Operadora de Plano de Saúde e, que caso venha optar ou seu(u) médico eleger lente intraocular diversa, de custo superior ao pago por sua Operadora, todo custo adicional será de sua responsabilidade, e que a sua Operadora de Plano de Saúde não lhe reembolsará qualquer quantia adicional.

Data:..... Local:

Assinatura do Paciente:.....

Testemunha1:.....

Testemunha2:.....

(Obs.: As duas testemunhas devem ser necessariamente da parte do paciente.)