
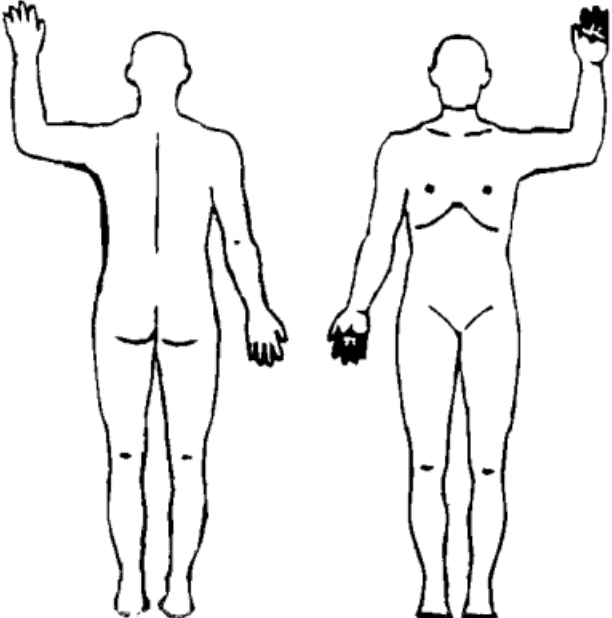


Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_\_, na condição de paciente e/ou responsável legal pelo(a) paciente \_\_\_\_\_, autorizo e consinto, de forma **livre, informada e voluntária**, o(a) Dr(a). \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_, seus assistentes e todos os demais profissionais vinculados à assistência, credenciados ao Hospital Ana Nery, a executar o procedimento cirúrgico de **EXÉRESE DE PTERÍGIO**, conforme demarcação de literalidade abaixo, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer.

DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE	
CIRURGIA DO MEMBRO:	
LADO DIREITO	LADO ESQUERDO
( ) Olho direito	( ) Olho esquerdo
( ) Orelha direita	( ) Orelha esquerda
( ) Pulmão direito	( ) Pulmão esquerdo
( ) Ombro direito	( ) Ombro esquerdo
( ) Braço direito	( ) Braço esquerdo
( ) Antebraço dir.	( ) Antebraço esquerdo
( ) Mão direita Se Dedo, qual:	( ) Mão esquerda Se Dedo, qual:
( ) Mama direita	( ) Mama esquerda
( ) Rim direito	( ) Rim esquerdo
( ) Glúteo direito	( ) Glúteo esquerdo
( ) Coxa direita	( ) Coxa esquerda
( ) Perna direita	( ) Perna esquerda
( ) Joelho direito	( ) Joelho esquerdo
( ) Pé direito Se Dedo, qual:	( ) Pé esquerdo Se Dedo, qual:
( ) Outros:	

IDENTIFICAR A ÁREA A SER OPERADA COM UM ALVO: 



**Declaro, ainda, que:**

- Estou em plenas faculdades mentais, lúcido (a) e plenamente capaz de compreender as informações aqui contidas.
- Fui informado (a), de forma clara e compreensível, sobre a natureza do procedimento, seus objetivos, benefícios esperados, alternativas possíveis, riscos e complicações inerentes, e também sobre as consequências da não realização do tratamento proposto. Tive oportunidade de esclarecer dúvidas e recebi respostas completas e satisfatórias da equipe médica.
- Estou ciente de que, para realizar o (s) procedimento (s) acima especificado (s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação da equipe médica de anesthesiologists.
- Estou cliente que, em procedimento (s) invasivo (s), como o citado, podem ocorrer complicações gerais como:
  - Uveíte, irite.
  - Alterações da forma ou tamanho da pupila.
  - Aumento da pressão do olho (glaucoma).
  - Atrofia ocular ou perda do olho.
  - Processos inflamatórios leves, moderados ou graves na conjuntiva.
  - Deiscência de sutura, ou seja, os pontos se soltarem antes do tempo previsto, em virtude de infecção, inflamação exagerada, traumas locais ou espontaneamente.

- g) Sangramento discreto, moderado ou intenso, o que pode exigir nova intervenção cirúrgica.
- h) Piora transitória da visão devido à desepitelização (perda parcial da camada mais superficial) da córnea.
- i) Afilamento em algumas áreas da córnea, o que geralmente melhora com o uso de colírios lubrificantes.
- j) Mudanças transitórias ou definitivas no grau dos óculos.
5. Estou ciente de que, apesar de todas as medidas de segurança e prevenção adotadas pelo hospital e pela equipe médica, o risco de infecção não pode ser totalmente eliminado, sendo inerente a qualquer procedimento cirúrgico.
6. Compreendo que, durante o procedimento, podem ser identificadas situações não diagnosticadas previamente, bem como intercorrências imprevisíveis, cabendo à equipe médica adotar as medidas necessárias conforme seu julgamento técnico, com o objetivo de preservar minha saúde e segurança.
7. Estou ciente que, segundo orientação médica, devo adquirir e fazer uso de toda a medicação prescrita e comparecer a todas as consultas pós-operatórias, além de comunicar imediatamente quaisquer anormalidades que venham a ocorrer após a cirurgia.
8. Estou ciente que o Hospital se resguarda no direito de **não coletar o consentimento dos pais ou responsáveis legais em caso de emergência**, prevalecendo o dever de socorro e o direito à vida do paciente sobre regras de consentimento e proteção de dados pessoais vigentes à época da ocorrência.
9. Declaro estar ciente de que **o tratamento adotado não garante a cura da enfermidade e que, diante da evolução do quadro clínico**, o médico poderá modificar as condutas inicialmente propostas, ficando desde já autorizado a adotar as providências que entender adequadas para a solução de eventuais complicações, conforme seu melhor critério profissional.
10. Fui informado (a) de que este consentimento é livre e **pode ser revogado a qualquer momento**, mediante manifestação expressa e por escrito, ciente de que a revogação poderá implicar na suspensão do tratamento e em possíveis consequências clínicas decorrentes dessa decisão.
11. Declaro que li este termo, **compreendi plenamente seu conteúdo** e estou de acordo com a realização da cirurgia descrita.

Santa Cruz do Sul (RS), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura (paciente e/ou responsável)

\_\_\_\_\_  
Assinatura Médico