

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fui informado, em consulta médica com oftalmologista, que as avaliações e exames em mim realizados, revelaram os diagnósticos e as alterações que indicam o tratamento proposto.

Recebi todas as informações necessárias quanto aos benefícios, riscos e eventuais alternativas deste tratamento, incluindo a possibilidade de perda da visão, momentos nos quais tive oportunidade de fazer perguntas e sanar minhas dúvidas. Compreendo que durante o procedimento poderão surgir situações não previstas, como novos diagnósticos, complicações per-operatórias e complicações do estado de saúde geral, levando a tomada de decisões e medidas que se façam necessárias para a preservação de minha saúde.

Durante uma consulta pré-anestésica, tive a oportunidade de falar com o médico anestesista, que me explicou os métodos e técnicas a serem empregados no meu caso. Recebi informações sobre os resultados dos meus exames pré-operatórios solicitados anteriormente e orientações sobre a manutenção ou suspensão de meus tratamentos medicamentosos regulares.

Recebi orientação quanto aos cuidados pós-operatórios, como o uso de medicações específicas, consultas de acompanhamento, impedimentos físicos e laborais e entendi a importância destes para o resultado final do meu tratamento.

Reconheço que a equipe me explicou as possibilidades de resultado, que cada indivíduo tem sua própria resposta e capacidade de recuperação, não havendo como garantir índices de sucesso, tão pouco, tempo exato de recuperação em tratamentos médicos.

Fui informado que, em alguns casos, um novo procedimento para ajustar o resultado inicial poderá ser necessário, especialmente quando um determinado resultado, como a correção de grau, era esperado. Este novo procedimento somente poderá ser realizado após minha completa recuperação, e poderá ou não ser cobrado, dependendo de cada situação.

Satisfeito como as explicações prestadas e ciente das autorizações concedidas neste documento, autorizo o Dr. _____ e sua equipe, composta de médico auxiliar, médico anestesista e enfermagem, a realizar o procedimento _____ em meu olho _____

Curitiba, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Testemunha

ORÇAMENTO: _____

PROCEDIMENTO: _____