

 JUNTOS SOMOS+	TCLE FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (CATARATA)	CÓDIGO: FO.DT.094
		ELABORAÇÃO: 14/01/2026
		REVISÃO: 14/01/2028
		PÁGINA: 1 de 3

Paciente:	
Data de nascimento: ____/____/____	Prontuário:
Nome da mãe:	

1. DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A facoemulsificação é o procedimento cirúrgico destinado à remoção do cristalino opacificado (catarata), com implante de lente intraocular (LIO), com o objetivo de melhora da qualidade visual. O procedimento é realizado, em geral, sob anestesia local.

2. INDICAÇÃO E ALTERNATIVAS

Fui informado(a) de que a cirurgia é a única forma eficaz de tratamento da catarata. Também fui esclarecido(a) de que a não realização do procedimento pode resultar em manutenção ou piora da visão, não havendo alternativas clínicas capazes de reverter o quadro, sendo possíveis apenas medidas paliativas com limitação de resultado.

3. LENTE INTRAOCULAR (LIO) E EXPECTATIVA VISUAL

Foi-me informado que será implantada lente intraocular monofocal. Compreendo que pode haver necessidade de uso de óculos após a cirurgia, não havendo garantia de independência de óculos. Estou ciente de que o resultado visual depende de fatores individuais e de eventuais doenças oculares pré-existentes.

4. RISCOS E COMPLICAÇÕES

Fui informado(a) de que, apesar de ser procedimento seguro, podem ocorrer complicações, incluindo, mas não se limitando a: infecção intraocular (endoftalmite), inflamação ocular (uveíte), aumento da pressão ocular (glaucoma), edema macular cistóide, descolamento de retina, opacificação da cápsula posterior, erro refracional residual, necessidade de uso de óculos ou nova cirurgia, deslocamento ou mau posicionamento da lente intraocular, ruptura de cápsula posterior e necessidade de vitrectomia, podendo, em casos raros, ocorrer perda visual parcial ou total, inclusive permanente.

5. ANESTESIA

Fui informado(a) de que o procedimento será realizado sob anestesia tópica, podendo haver necessidade de complementação anestésica ou alteração da técnica inicialmente prevista, conforme avaliação médica durante o procedimento. Estou ciente de que podem ocorrer riscos como reações alérgicas, sangramentos e complicações sistêmicas, ainda que raras.

6. INTERCORRÊNCIAS E MUDANÇAS DE CONDUTA

Autorizo o médico a realizar modificações na técnica cirúrgica inicialmente proposta, bem como procedimentos adicionais que se façam necessários durante o ato cirúrgico, visando minha segurança e melhor resultado possível.

Estou ciente de que, em razão de dificuldades anatômicas ou intercorrências cirúrgicas, o procedimento poderá ser adaptado, interrompido ou concluído parcialmente, conforme critério médico.

7. LIMITAÇÕES DO RESULTADO

Estou ciente de que não há garantia de resultado específico e que o resultado depende de fatores individuais, podendo haver limitações visuais mesmo com a cirurgia tecnicamente bem-sucedida.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE:

1. Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados a **CIRURGIA DE FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (CATARATA)**, bem como da realização de procedimentos ao(s) qual(is) será submetido o paciente, complementando as informações prestadas pelo médico responsável e pela equipe de colaboradores da SCMSSP;

2. Estou ciente de que a **CIRURGIA DE FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (CATARATA)** é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do paciente. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições;

3. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar prejuízo nos resultados normalmente esperados;

4. Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente;

5. Declaro que foram observadas todas as orientações prévias e necessárias para a realização do procedimento, bem como declaro que foram fornecidas todas as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças,

medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, **sem nada ocultar**, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações;

6. Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis decorrentes deste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes;

7. Entendo que não há garantias de resultados, porque o sucesso da cirurgia depende de múltiplos fatores, incluindo características individuais do paciente, tipo de lesão, qualidade do tecido ocular, adesão ao tratamento e fatores não controláveis pela equipe médica, sendo que, mesmo com a cirurgia bem-sucedida, pode haver limitações funcionais em relação ao olho não operado; que não há garantia de retorno ao nível de qualidade visual de outrora; e que os resultados podem se modificar com o tempo, podendo necessitar de procedimentos adicionais no futuro;

O resultado cirúrgico também pode ser influenciado por fatores biológicos individuais, resposta cicatricial, doenças sistêmicas ou oculares pré-existentes ou futuras, não controláveis pela equipe médica.

8. Declaro estar ciente de que o não cumprimento das orientações médicas pós-operatórias pode comprometer significativamente o resultado da cirurgia, podendo resultar em falhas;

9. Comprometo-me a comparecer pontualmente a todas as consultas de retorno agendadas e a comunicar imediatamente à equipe médica qualquer intercorrência, anormalidade ou complicação que venha a apresentar no período pós-operatório;

10. Declaro compreender que, durante o procedimento cirúrgico, podem surgir situações imprevistas que exijam procedimentos adicionais, modificações da técnica planejada ou uso de materiais alternativos, autorizando a equipe médica a tomar todas as decisões que julgar necessárias para minha segurança e melhor resultado terapêutico;

11. Autorizo o registro fotográfico, em vídeo ou outros meios, do procedimento cirúrgico e evolução pós-operatória, exclusivamente para fins médicos, científicos, educacionais ou de documentação no prontuário, garantindo-se a preservação da minha identidade e vedada qualquer utilização com finalidade comercial.

12. Autorizo o tratamento de meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, incluindo dados de saúde, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (LGPD), para fins assistenciais, administrativos, regulatórios, científicos, faturamento, auditoria, arquivamento em prontuário e cumprimento de obrigações legais e regulatórias, assegurada a confidencialidade das informações.

13. Declaro ter sido informado sobre a possibilidade de necessidade de procedimentos cirúrgicos futuros relacionados ou não à presente cirurgia, incluindo revisões, reparos ou tratamento de complicações;

14. Li o presente termo e recebi os esclarecimentos necessários de forma compreensível pelo médico responsável e equipe;

15. Fui informado sobre o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto;

16. Fui informado, ainda, que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

17. Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO a realização CIRURGIA DE FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (CATARATA)**

TERMO DE REVOGAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de REVOGAR este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

() Paciente () Responsável

Grau de Parentesco: _____

Nome: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Horário: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico: _____

Assinatura: _____ CRM-MG: _____

Data: ____/____/____ Horário: _____

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de consentimento Informado, por tratar-se de EMERGÊNCIA.

TESTEMUNHAS**1ª Testemunha**

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

INFORMAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA QUE DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA AO HOSPITAL

- Todos os documentos pessoais.
- Exames realizados.
- Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou guia do plano de saúde autorizada;
- Avaliação Pré-anestésica;
- Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.

ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
- Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muita pouca água;
- Diabético, NÃO TOMAR os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros;
- Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.
- Em caso de febre ou mal-estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- A remoção dos pelos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS

- É muito importante a conscientização e, se possível, a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.
- Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação.
- Qualquer dúvida, pergunte ao seu médico.
- Para mais informações e doações, entre em contato com a Unidade do Hemominas de São Sebastião do Paraíso.

São Sebastião do Paraíso - MG _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável

CPF: _____