

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA CIRURGIA DE TRANSPLANTE DE ESCLERA**

Eu _____,

declaro que autorizo a equipe cirúrgica do Dr.(a) _____

a realizar o procedimento designado como **TRANSPLANTE DE ESCLERA (doador falecido)** e todos os procedimentos oftalmológicos que integram e que se fizerem necessários, além da anestesia e demais condutas médico-cirúrgicas que o referido tratamento possa exigir .

Declaro ter conhecimento que meu diagnóstico é _____ e

o tratamento indicado é **TRANSPLANTE ESCLERAL**. Fui esclarecido pelo meu oftalmologista a respeito do diagnóstico e suas modalidades de tratamento, de maneira a me decidir, livremente, pela cirurgia indicada. Tenho ciência que a cirurgia tem a possibilidade de ocorrência de riscos e complicações, e que o prognóstico do transplante de esclera é variável, dependendo do tipo de lesão. Desde já autorizo que seja realizado procedimentos adicionais caso haja necessidade.

Declaro através da minha assinatura meu **CONSENTIMENTO** para a sua realização.

Paciente ou responsável.

Data: ____ / ____ / _____ _____

Assinatura do paciente ou responsável legal

RG nº

Testemunha

Data: ____ / ____ / _____ _____

Assinatura do paciente ou responsável legal

RG nº

Médico Responsável

Declaro que prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

Assinatura e Carimbo do Médico