



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília

Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900 Marília – SP CNPJ: 52.049.244/0001-62

Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559 site: www.santacasamarilia.com.br

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição
(Resolução CFM n° 1931/2009 – Código de Ética Médica).

INSTILAÇÃO DE COLÍRIOS MIDRIÁTICOS (DILATAÇÃO PUPILAR) E ANESTÉSICOS

O (a) paciente ou seu (sua) responsável abaixo assinado, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a **aplicação dos colírios midriáticos e anestésicos** para realização de exame ou procedimento oftalmológico.

- **Definição:** Os colírios midriáticos são utilizados para dilatar a pupila, permitindo melhor avaliação das estruturas internas do olho, como retina, nervo óptico e vasos oculares e os colírios anestésicos são aplicados para diminuir ou eliminar temporariamente a sensibilidade ocular durante determinados exames ou procedimentos.

- **Principais Complicações:** alergia aos colírios, aumento da pressão ocular, desconforto ocular, desconforto ocular e mal-estar.

O (a) paciente ou seu (sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido (a) das seguintes condições:

1. Após a aplicação dos colírios, podem ocorrer efeitos temporários, como visão embaçada, sensibilidade à luz (fotofobia), dificuldade para leitura ou visão de perto, leve ardência ou desconforto ocular. Esses efeitos são transitórios, podendo durar de algumas horas até, em alguns casos, o restante do dia.

2. Foi orientado(a) que, após a dilatação pupilar, não é recomendado dirigir veículos, operar máquinas ou realizar atividades que exijam visão nítida até que a visão retorne ao normal.

3. Em casos raros, podem ocorrer reações adversas, como alergia aos colírios, aumento da pressão ocular ou mal-estar, sendo orientado(a) a comunicar imediatamente à equipe caso sinta qualquer sintoma incomum.

4. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas, pois a sua não observância poderá acarretar riscos

5. Teve a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas, estando satisfeito(a) com as informações recebidas.

6. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que a referida instilação seja realizada, sem necessidade de dar nenhuma explicação.



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília

Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900 Marília – SP CNPJ: 52.049.244/0001-62

Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559 site: www.santacasamarilia.com.br

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição
(Resolução CFM n° 1931/2009 – Código de Ética Médica).

INSTILAÇÃO DE COLÍRIOS MIDRIÁTICOS (DILATAÇÃO PUPILAR) E ANESTÉSICOS

Concorda com o tratamento acima proposto e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possuiu pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, ____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco):

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____