

Formulário de Consentimento Informado de Tratamento para Controlo da Progressão da Miopia

- Eu entendo que o objetivo do Tratamento de Controlo da Progressão da Miopia é retardar a maneira como a miopia do meu filho pode piorar rapidamente ao longo do tempo.
- Entendo que a miopia do meu filho pode continuar a piorar, mesmo durante o procedimento Tratamento de Controlo da Progressão da Miopia.
- Eu fui informado sobre as opções relevantes de intervenções disponíveis para o meu filho, inclusive as possíveis considerações e complicações do tratamento, e estou de acordo em proceder com o Controlo da Progressão da Miopia
- Fui informado sobre as considerações de não prosseguir ou não cumprir com uma intervenção do Tratamento de Controlo da Progressão da Miopia da miopia e de compreender as possíveis implicações disso.
- Fui avisado sobre um programa de uso recomendado (inclusive o número de horas por dia e de dias por semana) e compreendi a importância de aderir a este programa de Tratamento de Controlo da Progressão da Miopia.
- Eu compreendo que, de tempos em tempos, o profissional da saúde da Visão possa sugerir uma diferente intervenção de Controlo da Progressão da Miopia, baseada nas pesquisas mais recentes.
- Compreendo que o meu filho deve atender a consultas regulares para avaliar o seu progresso, as quais podem ter a frequência de três ou seis meses e da forma em que forem dirigidas pelo meu Profissional da Saúde da Visão.

Não aceito o tratamento de Controlo da Progressão da Miopia

- Eu fui informado das relevantes opções disponíveis para o meu filho, pelo meu Profissional da Saúde da Visão, inclusive dos riscos do não prosseguimento com quaisquer intervenções de Controlo da Progressão da Miopia, e eu não desejo prosseguir com o Tratamento de Controlo da Progressão da Miopia.

Assinatura dos pais (ou da criança, se ela já estiver numa idade para poder consentir) _____

Nome dos Pais _____

Data _____



Este recurso foi apoiado por uma permissão educacional da CooperVision