TERMO DE DECLARAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO
ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA

Etiqueta do Paciente

Eu_____; CPF:_____; data de nascimento:_____, ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu médico assistente, Dr(a)._____; CRM:_____, manifesto o desejo de ser submetido a: **( ) VASECTOMIA** ou **( ) LAQUEADURA TUBÁRIA,** por minha livre e espontânea vontade.

Vasectomia: significa o método de interrupção de fertilidade masculina, por meio de cirurgia, causada pela secção dos ductos deferentes, bloqueando a passagem de espermatozoides para o líquido ejaculado. **A vasectomia não apresenta 100% de eficácia, podendo haver casos de recanalização natural e espontânea dos ductos deferentes, que poderá permitir a passagem de espermatozoides ao líquido ejaculado e consequentemente provocar gravidez**. Quanto maior o lapso temporal de interrupção dos ductos, menor seráa probabilidade de recuperação da fertilidade. É possível a reversão da vasectomia, com a recanalização dos ductos deferentes, a depender da análise médica. As complicações, embora raras, que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas ou ainda se eu tiver qualquer dúvida ou problema, devo entrar em contato com meu médico e/ou sua equipe. O método não interfere na função sexual ou causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais freqüentemente em homens vasectomizados. O paciente só poderá retomar sua atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozóides no ejaculado. Isto só ocorre em geral após uma média de 10 a 12 ejaculações, que é o número necessário para "esvaziar" o trato genital.

Laqueadura tubária: consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir gravidez. Para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia: Laparoscópica – cirurgia realizada por meio de 3 ou 4 pequenos cortes realizados no abdome; Microlaparotomia – que é semelhante a uma cesárea; Vaginal – cirurgia realizada pela vagina; Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea). Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada. **Embora o método de laqueadura tubária seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100% (estudos científicos divulgam taxa de falha de 0,41%, que independe do paciente ou do médico).** É possível a reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, a depender da análise médica. Possíveis complicações: Intra-operatórias (como hemorragias, lesões e/ou perfuração de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico) e Pós-operatórias (seromas, hemorragias, cistites, anemia, eventração, apnéia, tromboses, hematomas, pelviperitonites e outras).

Fui informado que qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita de anestesia, cujo tipo será avaliado pela equipe de anestesia.

OSWALDO CRUZ
HOSPITAL ALEMÃO

TERMO DE DECLARAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO
ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA

Tive ciência de que, como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de óbito derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente, apesar de toda a experiência da equipe médica.

Tenho conhecimento de que existem outros métodos de contracepção reversíveis, como os Métodos de barreira, Anticoncepção hormonal, Dispositivos intrauterinos (DIU), Implantes e Métodos naturais e, mesmo assim, desejo voluntariamente submeter-me ao procedimento de esterilização.

Estou ciente que, conforme disposto na Lei no 9.263/1996, a esterilização será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

Declaro que, antes de optar pelo procedimento de esterilização, recebi do médico assistente todas as informações sobre o procedimento cirúrgico, como as citadas acima, especialmente quantos aos riscos, efeitos colaterais, taxa de eficácia prevista em estudos científicos, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes, as quais eu compreendi, concordei e tive a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas, inclusive que poderei revogar o consentimento que agora presto.

Fui orientado que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos 60 dias, conforme disposto no artigo 10 da Lei n° 9.263/1996.

Consentimento: Eu tive a oportunidade de ler este Termo de Esclarecimento e de fazer perguntas relativas ao informado acima. Em face dos esclarecimentos prestados, cientificado(a) do procedimento a ser adotado, assim como de suas limitações, com pleno conhecimento dos riscos e possíveis complicações relacionadas, informo meu CONSENTIMENTO para sua realização.

São Paulo,___/____/_____ Hora:____: ____

Preenchido pelo paciente ou responsável LEGAL, se aplicável:

☐ **Paciente** – Assinatura usual do paciente: _____

☐ **Responsável LEGAL** – Nome:_____ Doc. Identidade nº: _____

Grau de Parentesco:_____ Assinatura:_____

Preenchido pelo médico:

Declaro ter informado e esclarecido ao paciente todas as informações do procedimento de esterilização voluntária, inclusive sobre benefícios, riscos, complicações e taxas de eficácia, tendo respondido às perguntas formuladas pelo paciente e/ou seu responsável legal. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável legal estão em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome:_____ Assinatura: _____

CRM: _____

O nome e CRM podem ser substituídos pelo carimbo legível