

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA VASECTOMIA

Pelo presente instrumento, eu _____ abaixo- assinado, nacionalidade _____, estado civil _____, nascido em __/__/__, e ____ filhos vivos, portador da RG n° _____ e CPF _____, residente e domiciliado na Cidade _____ /MG., na Rua/Av. _____, n° _____, Grau de instrução _____, cliente de Plano de Saúde UNIMED, de posse da minha capacidade civil plena, DECLARO que desejo submeter-me voluntariamente a uma cirurgia de esterilização permanente – VASECTOMIA e em função disso procurei o médico _____, inscrito no CRM-__ n° _____, cumprindo o disposto na Lei 9.263/96 do Planejamento Familiar, que oferece todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde da pessoa, garantindo a liberdade de opção desde que ocorra mediante avaliação e acompanhamento clínico, com informações sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia. Face ao disposto acima, DECLARO estar ciente das regras do planejamento familiar, observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, sabendo que não será aceita a minha manifestação de vontade se estiver sobre influência de álcool, drogas, estado emocional alterado, ou por incapacidade mental temporária ou permanente. DECLARO que fui informado que existem outros métodos alternativos de contracepção que poderei utilizar, como preservativos, coito interrompido e todos os demais métodos naturais e de barreira. Fui também informado que a intervenção de vasectomia consiste basicamente na interrupção da continuidade do(s) ducto(s) deferente(s) e das dificuldades de uma eventual reversão do procedimento. Foi informado que existe possibilidade (pequena) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja de ocorrer a passagem dos espermatozóides de um ducto par ao outro, permitindo assim a fertilidade com possível gravidez indesejada. Esse procedimento é usualmente realizado em nível ambulatorial e sob anestesia local e que a vasectomia não interfere na função sexual e nem causa impotência (disfunção erétil), e até o momento não se conhece nenhuma doença que possa vir a ocorrer em função da cirurgia. Foi observado pelo médico que após a vasectomia poderei voltar a ter relações sexuais sem risco de gravidez, somente quando o espermograma acusar ausência de espermatozóides no exame laboratorial. DECLARO que recebi do médico as orientações sobre os cuidados que devo seguir para alcançar o melhor resultado pós-operatório, estando ciente de que, como toda cirurgia, podem ocorrer complicações. As complicações para essa cirurgia podem se manifestar como: **Intra-operatórias(durante a cirurgia)** -hemorragias; **pós-operatórios** – seromas, hematomas (acúmulo na parede abdominal de líquido ou sangue), hemorragias (sangramento interno) e infecções. Pelo presente, DECLARO que entendi todas as informações, orientações e explicações prestadas e repassadas pelo médico, em linguagem simples e clara e, que minhas dúvidas foram esclarecidas nesta consulta. Por tal razão, manifesto expressamente minha e de meu cônjuge concordância e consentimento para realização do procedimento acima descrito, reservando-me o direito de revogar esse consentimento a qualquer momento antes que o procedimento médico, objeto deste Termo, se realize.

Nome da cidade , _____ de _____ de 2008.

Assinatura da Cliente

Assinatura do cônjuge

Preenchimento pelo Médico Assistente

Motivos da Solicitação

Idade do casal: Homem: _____ Mulher: _____

Gestação: _____ Parto(s): _____ Aborto(s): _____ Cesárea(s): _____

Nº Filhos Vivos: _____ Idade dos filhos _____

Métodos contraceptivos utilizados e seus efeitos: _____

Relacionamento do casal: () Estável () Instável

Patologias associadas:

Outros Motivos (risco produtivo, etc):

____/____/____

Data

Assinatura/Carimbo Médico Assistente

Assinatura/Carimbo do Médico

Assinatura/Carimbo do Médico – Profissional Saúde