



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA)

Pelo presente instrumento, eu _____ abaixo-assinado, nacionalidade _____, estado civil _____, nascido em ___/___/___, e com nº ___ filho(s) vivo(s), portador da RG nº _____ e CPF nº _____, residente e domiciliado em (endereço completo) _____, grau de instrução _____, beneficiário do plano Abertta Saúde, de posse da minha capacidade civil plena, **DECLARO** que desejo submeter-me voluntariamente a cirurgia de esterilização feminina permanente – (CID Z 30.2) e em função disso procurei o médico _____, inscrito no CRM nº _____, portador do CPF _____, com consultório em (endereço completo) _____, cumprindo o disposto na Lei 9.263/96 do Planejamento Familiar, que assegura 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**:

(a) Métodos contraceptivos reversíveis utilizados anteriormente:

- LAM DIU Hormônio injetável Espermicida Diafragma
 Preservativo Ogimo-knaus Billings Temp. basal Hormônio oral Sintotérmico

(b) 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 sob influência de álcool, drogas, estado emocional alterado, ou por incapacidade mental temporária ou permanente.

(c) Estar ciente da necessidade de avaliação prévia com o psicólogo (a), atestando a minha condição emocional e psicológica frente ao método contraceptivo irreversível.

(d) Estar ciente que a intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir uma nova gravidez.



- (e) Estar ciente que para a finalidade de reversão da cirurgia esterilizadora feminina (laqueadura tubária), não há cobertura pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).
- (f) Saber que a cirurgia de esterilização feminina (laqueadura tubária), necessita de anestesia, portanto, devo submeter-me a consulta pré-anestésica antes da realização da cirurgia. Que em toda intervenção existe um risco de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente. Que caso no momento do ato cirúrgico surja algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
- (g) Estar ciente que na vigência da sociedade conjugal a realização dessa intervenção cirúrgica dependerá do consentimento expresso do cônjuge.
- (h) Estar ciente que existem outros métodos de contracepção que são reversíveis como os métodos de barreira, hormonais, intra-uterinos e naturais. E que embora a laqueadura tubária seja o método mais para o planejamento familiar existe uma porcentagem de falha de 0,5% segundo o Ministério da Saúde.
- (i) Que recebi do médico as orientações sobre os cuidados que devo seguir para reduzir o risco das complicações para essa cirurgia, que podem se manifestar como:

Intra-operatórias (durante a cirurgia) - hemorragias, lesões de órgãos interno, queimaduras por bisturi elétrico;

Pós-operatórias - seromas, hematomas (acúmulo na parede abdominal de líquido ou sangue), hemorragias (sangramento interno), cistites (infecção de bexiga), anemia e outras infecções;

Graves e excepcionais – eventrações (exteriorização de vísceras abdominais), apnéia (parada respiratória), trombose, pelviperitonites (infecção grave da cavidade abdominal), hemorragias.

Estou ciente que qualquer um desses eventos listados acima deve ser imediatamente informado ao médico para as devidas providências.

Pelo presente, **DECLARO** que entendi todas as informações e orientações prestadas pelo médico, em linguagem simples e clara, e que minhas dúvidas foram esclarecidas nesta consulta.

Assim sendo, declaro que compreendo o alcance e os riscos da cirurgia esterilizadora, por tal razão, manifesto expressamente minha vontade e a concordância do meu cônjuge (quando se aplicar), para a 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.



_____, _____ de _____ de _____

Assinatura da beneficiária

Assinatura do Cônjuge

Assinatura/Carimbo do Médico

Testemunha (1)

Testemunha (2)

REVOGAÇÃO – Revogo o consentimento prestado em ___/___/___, desistindo de prosseguir com o procedimento de esterilização feminina, dando por finalizado o mesmo.

Assinatura da beneficiária

Assinatura do cônjuge