

## Termo de consentimento livre e esclarecido

**Laqueadura tubária****PACIENTE**

Nome:

Idade:

Estado Civil:

Nacionalidade:

Identidade:

CPF nº

Profissão:

Endereço:

Telefone:

Endereço Eletrônico:

Número de Filhos vivos:

Nome e Idade dos Filhos:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Nome do cônjuge/convivente:

Identidade:

CPF nº

Telefone:

Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a) .....  
à realizar a cirurgia de laqueadura tubária.

Por este termo, em plena capacidade de discernimento, manifesto a vontade de submeter-me, voluntariamente, à cirurgia de laqueadura tubária, e ainda, declaro:

(a) estar ciente das regras do planejamento familiar, observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, de acordo com a Lei que normatiza a cirurgia de laqueadura tubária no Brasil, 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;

(b) que me foi explicado e para meu esposo, que existem outros métodos alternativos de contracepção a nossa disposição, exemplificando: uso de camisinha, DIU, métodos hormonais, e todos os demais métodos naturais e de barreira. Fui também informada de que a laqueadura tubária é um método de esterilização permanente, consistindo basicamente na interrupção da continuidade das Trompas de Falópio (tubas uterinas) com o objetivo de impedir uma nova gravidez, mas sua efetivação não é de 100% existindo a probabilidade (pequena) de ocorrer a recanalização espontânea, o que poderá permitir a fertilidade e possibilidade de uma gravidez indesejada.

(c) que a gravidez ectópica (fora do útero), embora ocorra remotamente, é uma possibilidade á ser considerada em pacientes que tenham se submetido à ligadura tubária;

(d) que para a realização dessa intervenção existem várias formas de abordagem cirúrgica: laparoscópica, mini-laparotomia, via vaginal e pós-cesárea, esta, excepcionalmente indicada apenas nos casos de risco à vida ou a saúde da mulher ou do futuro concepto, pois é vedada a esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;

(e) que recebi do médico as orientações sobre os cuidados que devo seguir para alcançar o melhor resultado, estando ciente de que nessa cirurgia poderão ocorrer complicações **Intra-operatórias**: hemorragias, lesões de órgãos e queimaduras por bisturi elétrico, dor; **pós-operatórias**: seromas, hematomas (sangramento interno) hemorragias, cistites, anemia e infecção; **Graves e Excepcionais**:

eventrações, apnéia, trombose, pelviperitonites, hemorragias e outras tantas citadas pelo médico, quando então deverei informá-lo, imediatamente sobre essas possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir, assim como, retornar ao consultório/hospital nos dias determinados por ele;

(f) saber que a Laqueadura tubária necessita de anestesia, portanto, devo submeter-me a consulta pré-anestésica antes da realização da intervenção; que em toda intervenção existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente; que se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;

(g) que foi esclarecido ser do meu livre arbítrio a decisão a ser tomada, bem como que poderei desistir de realizar o procedimento cirúrgico a qualquer momento, sem necessidade de apresentar explicações.

(h) que na vigência da sociedade conjugal a realização dessa intervenção cirúrgica dependerá do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

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 plenamente esclarecidas. Assim sendo, declaro-me satisfeita com as informações, orientações e explicações recebidas, compreendendo o alcance e os riscos da cirurgia de **laqueadura tubária**.

Por tal razão, manifesto expressamente minha concordância e consentimento para realização do procedimento acima descrito.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

Assinatura do paciente

Assinatura do cônjuge\*

\* afirmar de próprio punho, se for o caso “não há”

Assinatura/CRM do Médico

Testemunha (1)

Testemunha (2)

**Cópias anexas:**

- Certidão de Casamento/Declaração de União Estável (quando aplicável);
- Carteira de Identidade; e
- Certidões de Nascimento dos filhos.

<b>REVOGAÇÃO</b>	
Revogo o consentimento prestado em ___/___/___, desistindo de prosseguir o tratamento.	
_____, _____/_____/_____	
Cidade	Data
_____ Assinatura do paciente	
Testemunha (1)	Testemunha (2)

Data da Consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data da Cirurgia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data da Alta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Reg.Hospitalar \_\_\_\_\_

Reconhecer firma da assinatura do paciente e seu cônjuge nas três vias.