



Termo de Consentimento Informado
Laqueadura tubária



PACIENTE

Nome: _____
Idade: _____ Estado civil: _____
RG: _____ CPF: _____
Nacionalidade: _____ Telefone: _____
E-mail: _____ Profissão: _____
Endereço: _____
Número de filho vivos: _____

Nome e idade dos filhos:

1) _____ Idade: _____
2) _____ Idade: _____
3) _____ Idade: _____
4) _____ Idade: _____
5) _____ Idade: _____

Eu, _____ abaixo assinado, autorizo o(a)
Dr.(a) _____ a 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 nº 14.443 de 02 de setembro de 2022 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 a 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 à saúde da mulher ou do futuro conceito, 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 Intraoperatórias: 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, apneia, 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;



Termo de Consentimento Informado
Laqueadura tubária



(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;

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. Dessa forma, expresso que:

- () **AUTORIZA** a realização.
() **NÃO AUTORIZA** a realização, estando ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

Araraquara, _____ de _____ de _____.
Hora da aplicação do termo: _____h _____ min

_____ Assinatura paciente	_____ Assinatura responsável pelo paciente	_____ Assinatura médico
_____ RG	_____ RG	_____ CRM
_____ Nome	_____ Nome	_____ Nome

Testemunha (1)

RG

Nome

Testemunha (2)

RG

Nome

Cópias anexas:

- Carteira de Identidade do paciente;
- Certidões de nascimento dos filhos.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado em ___/___/_____, desistindo de prosseguir o tratamento.

_____, _____ de _____ de _____.
Local/ Data

Assinatura do paciente

RG

Nome

Testemunha (1)

RG

Nome

Testemunha (2)

RG

Nome

Data da Consulta: ___/___/_____
Data da Alta: ___/___/_____

Data da Cirurgia: ___/___/_____
Reg. Hospitalar _____