



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO VASECTOMIA



PACIENTE

Nome: _____

Idade: _____ Estado civil: _____ Nacionalidade: _____ Identidade: _____

CPF nº: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Endereço Eletrônico: _____

Número de Filhos vivos: _____

Nome e Idade dos Filhos:

1) _____ Idade: _____

2) _____ Idade: _____

3) _____ Idade: _____

4) _____ Idade: _____

5) _____ Idade: _____

Eu, _____ abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a) _____ à realizar a cirurgia de vasectomia. Por este termo, em plena capacidade de discernimento, manifesto a vontade de submeter-me, voluntariamente, à cirurgia de vasectomia, 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 setembro de 2022 que normatiza a cirurgia de vasectomia 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 foi me explicado e para minha esposa, que existem outros métodos alternativos de contracepção a nossa disposição, exemplificando: uso de camisinha, DIU, pílulas anticoncepcionais, e todos os demais métodos naturais e de barreira. Fui também informado de que a intervenção de vasectomia consiste basicamente na interrupção da continuidade do(s) ducto(s) deferente(s). Fui informado que existe possibilidade (1 em cada 2.000 vasectomias) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, de ocorrer a passagem dos espermatozoides de um ducto para o outro, permitindo assim a fertilidade com possível gravidez indesejada. Esse procedimento é usualmente realizado em nível ambulatorial e sob anestesia local;

(c) Foi salientado pelo médico que após a cirurgia de vasectomia poderei voltar a ter relações sexuais após uma semana e continuar a ter os mesmos cuidados para evitar filhos até que se complete 25 (vinte e cinco) ejaculações e, que se tenha feito um espermograma mostrando ausência de espermatozoide no ejaculado, ou seja, depois da operação eu devo fazer um espermograma, mostrar ao médico e só depois de ele constatar que não tem mais espermatozoide é que poderei ter relações sem qualquer forma de método para evitar filhos;

(d) também foi explicado que a operação de vasectomia é definitiva, vou ficar infértil para o resto da minha vida e que uma operação que se faz para reverter a fertilidade não é segura nem coberta pelo plano de saúde;

(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 e queimaduras por bisturi elétrico); e pós-operatórias: seromas, hematomas (sangramento interno), manchas escuras no escroto e/ou pênis (equimoses), dor ou infecção (febre) entre outras; 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) 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
VASECTOMIA**



(h) 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, declara que recebeu a orientação de que, a qualquer tempo, poderá mudar de opinião, devendo informar e registrar a decisão em novo termo. Assim, tendo lido e entendido as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa 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
RG _____
Nome _____

Assinatura responsável pelo paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura médico
CRM _____
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. _____,

Araraquara, _____ de _____ de _____.

Assinatura paciente

Testemunha (1)
RG _____
Nome _____

Testemunha (2)
RG _____
Nome _____

Data da Consulta: ___/___/___

Data da Cirurgia: ___/___/___

Data da Alta: ___/___/___

Reg. Hospitalar _____