

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO DE
VASECTOMIA.



PACIENTE

Nome: _____
Idade: _____
Endereço: _____
Tel.: () _____
Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Emissão: _____
CPF: _____

DECLARO

Que o Doutor
Nome: _____
CRM nº: _____
Instituição: _____

Tendo em vista a minha manifestação espontânea para proceder a **INTERVENÇÃO DE VASECTOMIA**.

Assim sendo, e após ter lido ou escutado a leitura desse documento, ainda me foi esclarecido que:

1. A intervenção de vasectomia consiste basicamente na **INTERRUPÇÃO DA FERTILIDADE MASCULINA COM A SECCÃO DOS DUCTOS DEFERENTES**, interrompendo assim a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado com o objetivo de impedir uma nova gravidez.
2. Declaro que tenho ciência, da existência e disponibilidade, de todos os métodos de contracepção (meios de evitar filhos), seus efeitos colaterais, assim com a margem de falha de cada um deles.
3. Esta técnica necessita anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso a condição clínica assim o requeira. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, que são posteriormente suturados, podendo haver ou não a necessidade da retirada de ponto, dependendo do material utilizado.
4. Embora, o método de vasectomia seja efetivo no planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha na ordem de 1 em cada 2000 cirurgias de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo permanecer fértil, e ocasionar uma gravidez.
5. O método não interfere na função sexual nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais frequentemente em homens vasectomizados.
6. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente. A cirurgia de reversão não é garantida e nem fornecida de modo rotineiro.
7. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
8. As complicações, raras, que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas ou ainda se eu tiver qualquer dúvida ou problema, devo entrar em contato com meu médico e/ou a sua equipe.
9. O paciente só poderá retomar sua atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado. Isto só ocorre em geral após uma média de 25 ejaculações, que é o número necessário para "esvaziar" o trato genital, que está à frente de onde foi feita a secção do ducto deferente.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por tais razões e nestas condições, **CONSINTO** que realize a **INTERVENÇÃO DE VASECTOMIA** proposta.

Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Recebi, nesta data, cópia da Lei 9263 de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e da outras providências.

Divinópolis, ____ de ____ de ____.

Paciente

Cônjuge ou companheira

Assinatura do médico e carimbo

DECLARAÇÃO 1

Pelo presente instrumento, eu _____ abaixo-assinado, estado civil _____, nascido em ____/____/____, portador do RG nº _____ e CPF nº _____, com endereço na Cidade _____ /MG., _____ na Rua/Av. _____, nº _____, beneficiário do Plano de Saúde da UNIMED Divinópolis, de posse da minha capacidade civil plena, **DECLARO** que desejo submeter-me voluntariamente a uma cirurgia de esterilização através da **VASECTOMIA** e em função disso procurei o médico _____, inscrito no CRM-MG nº _____, portador do CPF nº _____, cumprindo o disposto na Lei 9.263/96 do Planejamento Familiar.

Face ao disposto acima, **DECLARO**, ainda, que sou casado ou vivo em regime de relação conjugal _____ estável _____ (sociedade _____ conjugal) com _____ (qualificação completa) e estamos cientes de que somente poderei realizar o ato cirúrgico após 60 dias da data desta manifestação, conforme dispõe a mesma lei, e que durante esse período buscarei mais informações e outros métodos alternativos e avaliarei melhor a minha decisão.

Divinópolis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do beneficiário

De acordo (Assinatura do cônjuge ou companheira)

Firma reconhecida.

DECLARAÇÃO 2

Pelo presente instrumento, eu _____
abaixo assinado, estado civil _____, nascida em ____/____/____, portadora do
RG nº _____ e CPF nº _____, com endereço na
Cidade _____ /MG., _____ na Rua/Av.

_____, nº _____, sou casada
ou vivo em regime de relação conjugal estável(sociedade conjugal) com
_____ (qualificação completa),

DECLARO que tenho ciência do desejo manifestado por meu esposo/companheiro em submeter-se voluntariamente a cirurgia de **VASECTOMIA**, e para isso dou o meu consentimento.

DECLARO, também, que estou ciente de que a reversão deste procedimento é de elevado grau de dificuldade.

Divinópolis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do cônjuge ou companheira

Procedimentos Contraceptivos Irreversíveis

LEI Nº9263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996 – Do Planejamento Familiar

DECLARO, que me foi informado pela Unimed Divinópolis, sobre os métodos contraceptivos irreversíveis e estou ciente que:

1 – Somente é permitida a esterilização voluntária em homens e mulheres com capacidade civil plena, maiores de 25 (vinte e cinco) anos de idade ou, que tenha pelo menos 02 (dois) filhos vivos, observando o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.

2 – É condição para que se realize a esterilização a expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após todas as informações sobre os riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

3 – É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto.

4 – A esterilização voluntária cirúrgica somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

5 – É importante informar que não será considerada a manifestação de vontade expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

6 – Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

7 – A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Divinópolis, _____ de _____ de _____ .

Beneficiário

Cônjuge ou companheira

Procedimentos Contraceptivos Irreversíveis
LEI Nº9263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996 – Do Planejamento Familiar



DECLARO, que me foi informado pela Unimed Divinópolis, sobre os métodos contraceptivos irreversíveis e estou ciente que:

1 – Somente é permitida a esterilização voluntária em homens e mulheres com capacidade civil plena, maiores de 25 (vinte e cinco) anos de idade ou, que tenha pelo menos 02 (dois) filhos vivos, observando o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.

2 – É condição para que se realize a esterilização a expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após todas as informações sobre os riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

3 – É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto.

4 – A esterilização voluntária cirúrgica somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

5 – É importante informar que não será considerada a manifestação de vontade expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

6 – Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

7 – A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Divinópolis, _____ de _____ de _____ .

Beneficiário

Cônjuge ou companheira