

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO

PROCEDIMENTO INFORMADO:
ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA HUMANA POR VASECTOMIA

BENEFICIÁRIO:

Nome:.....

Idade:..... Estado Civil:.....

Naturalidade:.....

Nacionalidade:.....

Identidade:.....

CPF:

Profissão:.....

Endereço:.....

Telefone:.....

Endereço Eletrônico:.....

Número de Filhos vivos:.....

Nome e Idade dos Filhos:.....

1).....

2).....

3).....

4).....

5).....

Nome do cônjuge/Companheira:.....

Identidade:..... CPF:.....

Telefone:.....

_____ acima qualificado, vem pelo presente
Termo de Consentimento e por sua livre e espontânea vontade, solicitar ao seu médico, Dr.(a)
_____, em que o submete ao procedimento
cirúrgico de **Vasectomia**.

Aduz ainda o solicitante que seu cônjuge companheira, abaixo assinado, tem pleno conhecimento de sua decisão e de todas as consequências da mesma.

Declara ainda estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento cirúrgico, conforme a seguir explicitado:

1. Que as cirurgias de esterilização humanas são procedimentos definitivos e irreversíveis, consistindo basicamente da interrupção da continuidade das tubas uterinas ou dos canais deferentes, com o objetivo de se impedir a fecundação de óvulo;
2. Que foram disponibilizadas á outorgantes informações sobre todos os outros métodos contraceptivos usualmente utilizados, tais como os Métodos de Barreira, Anticoncepção Hormonal, Contracepção Intra-Uterina e métodos naturais. Na ocasião, foram feitas observações quanto ao grau de eficiência, limitações, contra indicações, e possibilidade de reversibilidade de cada um desses métodos;
3. Que um futuro arrependimento da outorgante não pode ser descartado, em decorrência de situações extraordinárias como morte do cônjuge ou de filho, separação, novo casamento, dentre outras, e que nenhuma solução referente à reversão da cirurgia poderá ser oferecida neste caso;
4. Que a vasectomia, à semelhança dos demais métodos contraceptivos, não possui 100% de eficácia;
5. Que está ciente de que, como em qualquer outro ato operatório, ao submeter-se a cirurgia de vasectomia está também sujeito a sofrer complicações e idiosincrasias, intra-operatórias e pós-operatórias, tais como: reações aos medicamentos administrados, hemorragias, lesões ou perfurações de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, infecções (abscessos de parede ou intracavitários, pelviperitonites), seromas, cistites, anemia, eventração, tromboembolismo, hematomas, parada cardiorrespiratória, dentre outras;
6. Que cada uma dessas complicações e o significado de seu nome técnico lhe foram detalhadamente explicadas por seu médico;
7. Que, como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade, decorrente do próprio ato cirúrgico ou das condições vitais do paciente;
8. Que se ocorrem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente de programada, sempre em benefício do paciente;
9. Que, na eventualidade acima descrita, o tempo de hospitalização poderá estender-se além do programado;
10. Que, estando o paciente de posse do presente termo, lhe foram concedidos 60 (sessenta) dias para discutir com sua cônjuge acerca da convivência de se submeter ao procedimento cirúrgico esterilizatório;
11. Que lhe foi esclarecido ser do seu livre arbítrio a decisão a ser tomada, bem como que poderá desistir de realizar o procedimento cirúrgico em epígrafe a qualquer momento, sem necessidade de apresentar qualquer explicação, podendo neste caso optar por outros métodos contraceptivos.

Consoante ao que vai acima exposto, declara estar plenamente satisfeito com as informações recebidas e perfeitamente inteirado do alcance e dos riscos inerentes ao tratamento cirúrgico de vasectomia.

E para que fique registrado o seu pleno consentimento em se submeter á esterilização cirúrgica pelo método de vasectomia, firma o presente documento 03 (três) vias de igual teor e forma, as quais vão também assinadas por sua cônjuge/companheira e por mais 02 (duas) testemunhas.

Local e data:.....

Paciente: (assinatura autenticada)

Cônjuge ou Companheira (quando aplicável):..... (assinatura autenticada)

Testemunha 1:.....

Testemunha 2

Médico Responsável:..... (assinatura e carimbo)

Termo de Recebimento

Declaro que recebi o presente Termo de Consentimento 60 (sessenta) dias antes da data prevista para a realização da vasectomia.

Paciente:.....

Documentos Anexos

Cópia da Certidão de Casamento/Declaração de União Estável (quando aplicável)

Cópia da Carteira de Identidade e CPF do beneficiário e da cônjuge

Cópia das Certidões de Nascimento de dos Filhos

Relatório Psicológico da condição emocional e psicológica do beneficiário

Termo de Revogação

Revogo o consentimento prestado no presente documento, declarando que não desejo prosseguir com o tratamento, que dou com este finalizado.

Local e Data:.....

Paciente:.....

Nota: Todas as folhas do presente documento deverão ser assinadas pelo paciente, por seu cônjuge e por 02 (duas) testemunhas.

Cascavel, _____ de _____ de 201 ____.

À Unimed

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

Eu, _____, portador (a) do CPF _____, RG _____ casado (a) com _____, portador (a) do CPF _____, RG _____ declaro que recebemos o presente termo de consentimento e apresentamos todas as documentações necessárias para a realização da Laqueadura Tubária/Vasectomia e estamos cientes e de comum acordo do procedimento cirúrgico para interrupção da fertilidade, o qual nos impedirá de termos filhos e manifestamos aqui, nossa vontade de eu _____ ser submetido (a) à Laqueadura Tubária/Vasectomia por livre e espontânea vontade.

Nome do Beneficiário (a): _____

Assinatura do Beneficiário(a): _____

Nome do Cônjuge: _____

Assinatura da Cônjuge: _____