

TCLE* – LAQUADURA TUBÁRIA

*TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

FILIAÇÃO:

DATA:

Eu, acima identificada, declaro que fui informada pela equipe médica quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico de **LAQUEADURA TUBÁRIA** ao qual serei submetida, declarando ainda, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, o Dr.(a) , inscrito no CRM sob o n.º a realizar o procedimento acima indicado e todos o que incluem e outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: A Laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir gravidez. Para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia: Laparoscópica – cirurgia realizada por meio de 3 ou 4 pequenos cortes realizados no abdome; Micro laparotomia – que é semelhante a uma cesárea; Vaginal – cirurgia realizada pela vagina; Pós cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea); via periumbilical (logo a seguir do parto vaginal).

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES: Intraoperatórias (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico e Pós-operatórias Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia e outras) bem como Graves e excepcionais (eventração, apneia, trombozes, hematomas, pelviperitonites, hemorragia e outras, que podem ter desdobramentos graves) perfurações de órgãos, e demais complicações decorrentes de qualquer procedimento cirúrgico.

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.

TCLE. 22 – 09/10/2023 – APROVAÇÃO: DR. MARCO ANTONIO BENEDETTI FILHO – DIRETOR CLÍNICO

4. **Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

DESCRIÇÃO ANESTÉSICA: Vide termo próprio (TCLE – ANESTESIA E SEDAÇÃO)

DECLARO AINDA QUE:

- 1) Se durante a minha operação houver alguma intercorrência inesperada e houver a necessidade de se realizar qualquer outro procedimento e/ou cirurgia a qual antes não fazia parte do que me foi inicialmente planejado e explicado, ficam desde já previamente autorizados os médicos envolvidos na cirurgia e respectiva equipe, incluindo o anestesista, a realizar o que for necessário para proteger minha saúde e minha vida.
- 2) Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita de alguma anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo médico assistente e Serviço de Anestesia.
- 3) Embora o método de laqueadura tubária esteja entre os mais efetivos dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. **Existe uma porcentagem de falha em torno de 0,41% que independe da paciente ou do médico.**
- 4) Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
- 5) **A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, não tem cobertura pelo contrato de plano de saúde vigente nem garantia de sucesso**, devendo sempre ser entendido a laqueadura como um procedimento potencialmente irreversível;
- 6) O procedimento planejado da esterilização cirúrgica durante o período de parto (após passado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da minha vontade e o parto) poderá sofrer mudanças de técnica ou postergado, devido a condições médicas, técnicas ou de estrutura assistencial da maternidade.
- 7) Por se tratar a Medicina de ciência com múltiplas variáveis, do meu próprio corpo, de dificuldades ou indicações e contra-indicações que podem se apresentar no momento, caso não seja possível realizar a laqueadura, entendo que a fundamentação será registrada em prontuário e a equipe médica me orientará outro método para evitar gravidez que seja aplicável ao meu caso;
- 8) - Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os métodos de barreira, Anticoncepção hormonal, Dispositivos intrauterinos (DIU), Implantes e métodos naturais;
- 9) Entendo também que o desejo de laqueadura não significa jamais a indicação absoluta de cesárea, haja vista as outras técnicas descritas para a laqueadura pós-parto que podem ser aplicadas no caso de parto via vaginal, e que é proibido pela Lei realizar cesárea para fim exclusivo de esterilização;
- 10) Tenho ciência, conforme disposto no Art. 11 da Lei 9263/1996, que toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde;
- 11) Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.
- 12) Também entendi que, a qualquer momento, antes que o procedimento de laqueadura tubária se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

13) Consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Franca, de de

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO MÉDICO ASSISTENTE:

() Afirmando que expliquei todo o procedimento, exames, tratamentos e/ou cirurgias que o paciente acima referido poderá necessitar, sendo que expliquei ao próprio paciente e/ou seu responsável, todos os aspectos sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente/responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de **emergência**. Por ser verdade:

ASSINATURA DO MÉDICO (ASSISTENTE)

NOME DO MÉDICO:

CRM:

ASSINATURA DO MÉDICO (TESTEMUNHA)

NOME DO MÉDICO:

CRM:

AVALIAÇÃO GERAL DA MULHER

PLANEJAMENTO FAMILIAR

PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
FILIAÇÃO:
DATA:

De acordo com a Lei nº 9.263/96, o procedimento cirúrgico somente poderá ser realizado a partir de: / /

AVALIAÇÃO MÉDICA

Data: ____/____/____

Médico GO: _____

Antecedentes obstétricos: G _____ P _____ A _____ PN _____ PC _____

Último Parto ____/____/____

Se gestantes, tempo de gestação: _____

Data prevista para o parto: ____/____/____

Avaliação médica:

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

Documentação obrigatória: Documentação preenchida e assinada, certidão de nascimento/casamento/averbação. Para pacientes menor de 21 anos - é necessário a certidão de nascimento dos filhos.

Marcar palestra pelo telefone: (16) 3711-6777 ou no endereço: Av. Miguel Sábio de Melo, 351 - Vila Santa Rita (Clube Castelinho), CEP 14403-383 - Franca - SP.

AVALIAÇÃO FAMILIAR:

1. Motivação pelo programa e por que da solicitação:

2. Composição familiar:

3. Parecer da Equipe:

4. Data da palestra: _____/_____/_____

ASSINATURA DO PACIENTE

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL