

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO LAQUEADURA TUBÁRIA

PACIENTE

Nome: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____

Identidade: _____ CPF nº. _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Número de Filhos vivos: _____

Nome e Idade dos Filhos:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

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, 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 fui informada que existem outros métodos alternativos de contracepção a minha disposição, como anticoncepcional hormonal, contracepção intra-uterina, colocação de DIU, preservativos, coito interrompido 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 a saúde da mulher ou do futuro conceito, sendo testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, 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 **Intra-operatórias:** 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, apnéia, 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;

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;

h) que é permitida a realização do procedimento imediatamente após a realização do parto, desde que tenha solicitado no mínimo de 60 (sessenta) dias antes da realização do procedimento, e desde que o quadro de saúde permita a realização do procedimento durante a realização do parto.

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**.

Por tal razão, manifesto expressamente minha concordância e consentimento para realização do procedimento acima descrito.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Cliente

Assinatura/CRM do Médico

Cópias anexas:

- Certidão de Casamento/Declaração de União Estável (quando aplicável);
- Carteira de Identidade; e
- Certidões de Nascimento dos filhos.



REVOGAÇÃO

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

_____, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Cliente

Testemunha (1)

Testemunha (2)

Data da Consulta: ___/___/___ Data da Cirurgia: ___/___/___

Data da Alta ___/___/___ Reg. Hospitalar _____

Observação: Preenchimento completo deste Termo será em três vias originais, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra, entregue ao paciente ou responsável legal, e a terceira, à Unimed para comunicação ao SUS. As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia deste Termo.

