

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO VASECTOMIA

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) _____

Eu, abaixo assinado, procurei, por minha livre e espontânea vontade o Dr _____, para ser submetido a uma operação de esterilização permanente, ou VASECTOMIA. Antes da operação, foi-me informado que:

- A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção de fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozóides para o líquido ejaculado.

- Trata-se de uma operação feita sob 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 dos pontos, dependendo do material utilizado.

- 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.

- Apesar de poder ser tentada a reversão futura desta cirurgia, ou seja, a recanalização do ducto deferente, quanto maior o tempo de interrupção do deferente, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade.

- Apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (01 em cada 2000 cirurgias) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozóides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados e o

indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.

- 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.

- O paciente só poderá retomar sua atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozóides 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.

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 informado que existem outros métodos alternativos de contracepção a minha disposição, como preservativos, coito interrompido 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) e das dificuldades de uma eventual reversão do procedimento. Fui informado que existe possibilidade (pequena) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, de ocorrer a passagem dos espermatozóides 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. Foi salientado pelo médico que após a vasectomia poderei voltar a ter relações sexuais sem risco de gravidez somente quando o espermograma acusar ausência de espermatozóides no exame laboratorial, que normalmente é realizado depois de um número não inferior a 25 (vinte e cinco) ejaculações;

c) 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 e queimaduras por bisturi elétrico); e **pós-operatórias**: seromas, hematomas (sangramento interno) hemorragias e infecções 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;

d) 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;

e) 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.





www.unimedcd.coop.br

Rua Padre João Gualberto de Magalhães, 765
45820-645 Vivendas Costa Azul – Eunápolis/BA
T. 73 3281-8600

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 satisfeito com as informações, orientações e explicações recebidas, compreendendo o alcance e os riscos da cirurgia de **vasectomia**.

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;
- 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.

