

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido VASECTOMIA / LAQUEADURA

Identificação do Beneficiário

Nome: _____
Endereço: _____ N° _____
Bairro: _____ Complemento: _____
Tel: (____) _____ E-mail: _____
CPF: _____ RG: _____ Estado Civil: _____
Data último parto ou aborto: ____/____/____ N° de parto normal: _____ N° de parto Cesário: _____
N° de filhos vivos: _____ Idade dos filhos vivos: _____

Identificação do(a) Conjuge/Companheiro(a)

Nome: _____
CPF: _____ RG: _____ Data nascimento: ____/____/____

Identificação do(a) Responsável

Nome: _____
CPF: _____ RG: _____ Estado Civil: _____
Grau de parentesco: _____
N° do processo judicial que autoriza a realização da cirurgia: _____

Identificação do(a) Médico(a)

Nome: _____
CRM: _____ Especialidade: () Urologista () Ginecologista

Diretrizes para Realização da Cirurgia

Declaro, _____ para _____ os _____ devidos _____ fins, _____ que _____ o(a) Dr.(a) _____, livremente procurado(a) por mim, com a finalidade de realizar esterilização cirúrgica - laqueadura/vasectomia - dentro das diretrizes a seguir, conforme Resolução Normativa nº 338/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e o que preceitua a lei nº 9.263/1996 (Lei do Planejamento Familiar) e a Portaria nº 48/1999 do Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, esclareceu-me que:

CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA/ LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA).

1. Cobertura obrigatória em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. Mulheres com capacidade civil plena;
 - b. Maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
 - c. Seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;

(Revisão: 00 - Criação: Outubro/2020)

- d. Seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
- e. Em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
- f. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

2. É vedada a realização de laqueadura tubária quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. Durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;
- b. Através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;
- c. Quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;
- d. Em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)

A esterilização masculina por método cirúrgico é um conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas.

A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da Vasectomia (Cirurgia para esterilização masculina) tem cobertura obrigatória quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

- a. Homens com capacidade civil plena;
- b. Maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- c. Seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- d. Seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
- e. Em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
- f. O procedimento cirúrgico deve ser devidamente registrado em prontuário e será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde, cabendo ao médico executor do procedimento fazê-la;
- g. Seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão;
- h. Avaliação psicológica prévia da condição emocional e psicológica do paciente.

Grupo II

- a. Durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados, incapacidade mental temporária ou permanente e devidamente registradas no parecer psicológico e/ou psiquiátrico;
- b. Em pessoas incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

A cirurgia de esterilização a ser realizada, consiste basicamente na interrupção da continuidade das trompas de Falópio (na mulher) e dos Cordões Espermáticos (no homem), com o objetivo de evitar a gravidez.

A reversão de vasectomia ou da laqueadura só será coberta pelo plano de saúde nos casos em que o preenchimento tiver trazido problemas de saúde ao paciente.

As complicações que poderão surgir são:

- a) Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico.
- b) Pós-operatórias: Leves e mais freqüentes (seromas, hemorragias, cistites, irritação erênica, anemia...); Graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombozes, hematomas, pelviperitonites, hemorragia...) perfurações de órgãos.

Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis:

Métodos de barreira; Anticoncepção hormonal; Contracepção intra-uterina e Métodos naturais.

() Declaro que entendi as explicações que me foram prestadas pelo(a) médico em linguagem clara e simples esclarecendo todas as dúvidas que me ocorreram. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

(Revisão: 00 - Criação: Outubro/2020)

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar a manifestação que agora presto, antes que o procedimento cirúrgico seja realizado.
Por tal razão e nestas condições **CONSINTO** que se realize a **ESTERELIZAÇÃO CIRÚRGICO**, nas condições indicadas.

_____, ____ de _____ de _____. Hora: ____:____

Assinatura beneficiário ou responsável

Assinatura cônjuge/companheiro (a)

Assinatura/carimbo do (a) médico (a)

DOCUMENTAÇÃO A SEREM APRESENTADOS

1. Termo de consentimento assinada pelo casal (autenticada em cartório);
2. Declaração de conhecimento assinada pelo casal e pelo médico solicitante;
3. Cópia de certidão de casamento (caso seja casados no civil);
4. Cópia de documento de união estável, caso sejam companheiros (autenticada em cartório);
5. Cópia de certidão de nascimento dos filhos;
6. Guia de solicitação TISS;
7. Protocolo de avaliação psicológica (somente para a vasectomia).

Observações: Conforme declaração da ANS, a autorização dar-se á sessenta (60) dias contados da data da autenticação do cartório deste termo de consentimento.