

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA CIRURGIA DE
ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA / LAQUEADURA
TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)**

DADOS DA PACIENTE:

Nome Completo:			
CPF:		RG:	
Idade:		Telefone:	
Endereço:			
Cidade / UF:		Nº de Filhos Vivos:	

Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:
Em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto,
testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando
preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II.

GRUPO I

- a. Mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade OU com, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos;
- b. seja observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, para os devidos aconselhamentos e informações.
- c. seja apresentado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchido e assinado.

GRUPO II (Não é permitida a esterilização voluntária)

- a. durante os períodos de parto ou aborto, quando não observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas;
- 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 ou 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.

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 durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas,

Rubrica da paciente



estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

(b) que fui informada que existem outros métodos alternativos de contracepção a minha disposição, como anticoncepcional hormonal, contracepção intrauterina, 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 fui informada que a gravidez ectópica (fora do útero), embora ocorra remotamente, é uma possibilidade a ser considerada em pacientes que tenham se submetido à laqueadura tubária;

(d) que para a realização dessa intervenção existem várias formas de abordagem cirúrgica: 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).

(e) que recebi do médico assistente 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:** eventração, apneia, 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) estar ciente que a reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, não tem cobertura pelo contrato de plano de saúde, nem garantia de sucesso, devendo sempre ser entendido a laqueadura como um procedimento potencialmente irreversível;

Rubrica da paciente



(i) Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverá ser observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias, conforme a Lei 9263/1996 alterada pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022 e que, de acordo com a mesma lei, desde que observado esse prazo mínimo, é permitida a laqueadura durante o período 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**, estando ciente que toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do SUS.

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

Campina Grande / PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Paciente

DECLARAÇÃO DO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE

Declaro que expliquei à paciente todo o procedimento, exame, tratamento e cirurgia a que será submetida, informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pela paciente. De acordo com o meu entendimento, a paciente, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Campina Grande / PB, _____ de _____ de _____.

Nome do(a) Médico(a):

CRM/PB:

Assinatura

Código de Ética Médica – Art. 22 É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Rubrica da paciente



**TERMO REVOGAÇÃO AO CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA
CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA /
LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)**

DADOS DO PACIENTE:

Nome Completo:			
CPF:		RG:	
Idade:		Telefone:	
Endereço:			
Cidade / UF:		Nº de Filhos Vivos:	

REVOGAÇÃO

Revogo, nesta data, o consentimento prestado em ___/___/___, para a realização do procedimento denominado **CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA / LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)**, desistindo de prosseguir com a realização do tratamento.

Campina Grande / PB, ____/____/_____

Assinatura da Paciente

Testemunha (1)

Testemunha (2)

Rubrica da paciente

