

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA CIRURGIA DE
ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)**

DADOS DO PACIENTE:

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

**Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:
Quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II.**

GRUPO I

- a. Homens 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, após receber informações a respeito do risco da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.
- d. Seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão.

GRUPO II (Não é permitida a esterilização voluntária)

- a. quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (vasectomia) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento ou influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;
- b. 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 esterilização masculina (Vasectomia), 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, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

(b) que fui informado que a Vasectomia é um procedimento que bloqueia a passagem dos espermatozoides pelo canal deferente do testículo para a uretra, impedindo que ocorra a gestação, pois inibe a junção do espermatozoide ao óvulo.

Rubrica do paciente



Esse bloqueio será definitivo de maneira que não poderei gerar filhos naturalmente após a realização da cirurgia.

(c) que fui informado que existem outros métodos alternativos de contracepção a minha disposição, que não são irreversíveis, como preservativos, coito interrompido e todos os demais métodos naturais e de barreira.

(d) que se trata de uma cirurgia feita sob anestesia local (raras vezes, dependendo da condição do paciente pode ser necessária outra forma de anestesia); onde são feitos um ou dois cortes no escroto, que são no final fechados com pontos, podendo haver ou não a necessidade da retirada dos pontos, dependendo do tipo de fio utilizado na sutura. Que, no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá suspender a intervenção programada.

(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: hematoma (sangramento interno), queimaduras (por bisturi elétrico), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou pênis (equimose), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer dessas situações ou outras não descritas ou ainda se tiver qualquer dúvida ou problema, devo entrar imediatamente em contato com o médico e/ou com a sua equipe.

(f) saber que a Vasectomia 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 após a cirurgia é necessário repouso em casa, colocando compressa de gelo no escroto por algumas horas. Que, normalmente, ressalvada alguma complicação, poderei retornar ao trabalho, no dia seguinte e voltar a ter relações sexuais com uma semana.

(h) que a vasectomia não interfere na função sexual, nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil).

(i) que é necessário utilizar outros métodos para evitar filhos até que se complete 25 ejaculações após a cirurgia e realizar um exame de contagem de espermatozoides (espermograma) para confirmar a ausência dos mesmos no ejaculado. Apenas após a realização do espermograma e sua avaliação pelo médico é que os outros métodos contraceptivos poderão ser suspensos.

(j) apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (15 em cada 1000) de ocorrer recanalização, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados, permitindo o retorno da fertilidade e a ocorrência da gravidez. Trata-se de evento raro, mas possível de ocorrer, independentemente da vontade ou técnica empregada.

(k) 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.

(l) estar ciente que a reversão desta cirurgia não tem cobertura pelo contrato de plano de saúde, nem garantia de sucesso, devendo sempre ser

Rubrica do paciente



entendido a vasectomia como um procedimento potencialmente irreversível;

(m) 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 9.263/1996 alterada pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022.

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 da Vasectomia, 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 do 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 do paciente



**TERMO REVOGAÇÃO AO CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA CIRURGIA
DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)**

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 MASCULINA (VASECTOMIA)**, desistindo de prosseguir com a realização do tratamento.

Campina Grande / PB, ____/____/____

Assinatura da Paciente

Testemunha (1)

Testemunha (2)

Rubrica do paciente

