

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA LAQUEADURA

Pelo presente instrumento, eu \_\_\_\_\_ abaixo-assinado, nacionalidade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, nascida em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, e \_\_\_\_\_ filhos vivos, portador da RG n° \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, residente e domiciliada na Cidade \_\_\_\_\_/MG., na Rua/Av. \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Grau Instrução \_\_\_\_\_ cliente de plano de Saúde UNIMED, de posse da minha capacidade civil plena, DECLARO que desejo submeter-me voluntariamente a uma cirurgia de Laqueadura e em função disso procurei o médico \_\_\_\_\_, inscrito no CRM-\_\_ n° \_\_\_\_\_, cumprindo o disposto na Lei 9.263/96 do Planejamento Familiar, que oferece todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde da pessoa, garantida a liberdade de opção, desde que ocorra mediante avaliação e acompanhamento clínico com informações sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia. Face ao disposto acima, DECLARO 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. DECLARO, que fui informada que existem outros métodos alternativos de contracepção que poderei utilizar, como anticoncepcional hormonal, contracepção intra-uterina (contracepção intrauterina e colocação de diu são sinônimos), colocação de DIU, uso de preservativos, coito interrompido outros métodos naturais e de barreira. A laqueadura tubária é um método de esterilização permanente, consistindo basicamente na interrupção das Trompas de Falópio (tubas uterinas) com o objetivo de impedir uma nova gravidez, mas sua efetividade não é de 100% existindo a probabilidade (pequena) de ocorrer a recanalização espontânea, o que poderá permitir a fertilidade e possibilidade de nova gravidez. Fui informada de que a laqueadura não interfere na função sexual e, que até o momento, não se conhece nenhuma doença que possa vir a ocorrer em função da cirurgia. DECLARO que recebi do médico as orientações sobre os cuidados que devo seguir para alcançar o melhor resultado pós-operatório, estando ciente de que, como toda cirurgia, podem ocorrer complicações. As complicações para essa cirurgia podem se manifestar como: **Intra-operatórias(durante a cirurgia)** -hemorragias, lesões de a órgãos internos; **pós-operatórios** – seromas, hematomas (acúmulo na parede abdominal de líquido ou sangue), infecções; **Graves e Excepcionais** – apnéia (parada respiratória), trombose, pelviperitonites (infecção grave da cavidade abdominal), hemorragias. Qualquer um desses eventos deve ser imediatamente informado ao médico para as devidas providências. DECLARO ainda saber que a Laqueadura tubária necessita de anestesia, portanto, devo submeter-me a avaliação pré-anestésica antes da realização da intervenção; que em toda intervenção existe um risco 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 na vigência da sociedade conjugal a realização dessa intervenção cirúrgica dependerá do consentimento expresso de ambos os cônjuges. 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 esclarecidas nesta consulta. 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 e de meu cônjuge concordância e consentimento para realização do procedimento acima descrito, reservando-me o direito de revogar esse consentimento a qualquer momento antes que o procedimento médico, objeto deste Termo, se realize.

Nome da cidade , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura da Cliente

Assinatura do cônjuge

---

**Prenchimento pelo Médico Assistente**

Motivos da Solicitação

Idade do casal: Homem: \_\_\_\_\_ Mulher: \_\_\_\_\_

Gestação: \_\_\_\_\_ Parto(s): \_\_\_\_\_ Aborto(s): \_\_\_\_\_ Cesárea(s): \_\_\_\_\_

Nº Filhos Vivos: \_\_\_\_\_ Idade dos filhos \_\_\_\_\_

Métodos contraceptivos utilizados e seus efeitos: \_\_\_\_\_

Relacionamento do casal: ( ) Estável ( ) Instável

Patologias associadas:

Outros Motivos (risco produtivo, etc):

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Carimbo Médico Assistente

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo do Médico (1)

Assinatura/Carimbo do Médico (2)