

Dados do Paciente

Nome do Paciente			Estado Civil
Idade	Profissão	Identidade	CPF
Endereço de Residência			
Telefone		E-mail	
Número de Filhos Vivos			
Nome e Idade dos Filhos			
1.			
2.			
3.			
4.			
Data da Consulta	Data da Cirurgia	Data da Alta	
Registro Hospitalar			

Termo de Responsabilidade

Por este termo, em plena capacidade de discernimento, manifesto a vontade de submeter-me, voluntariamente, a cirurgia de vasectomia, e ainda, 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;
- 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 espermatozoides 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 espermatozoides no exame laboratorial, que normalmente é realizado depois de um número não inferior a 25 (vinte e cinco) ejaculações;
- 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 intraoperatórias: 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;
- 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;
- 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.

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 laqueadura tubária.

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

/ /

Data

Assinatura da Paciente

Cópias Anexas

- . Carteira de Identidade; e
 - . Certidões de Nascimento dos Filhos.
-

Revogação

Revogo o consentimento prestado em _____, desistindo de prosseguir o tratamento.

/ /

Data

Assinatura da Paciente

Testemunha 1

Testemunha 2

Observação

O 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 encaminhada à Unimed via sistema.

As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia deste termo.
