

Termo de Consentimento - Laqueadura Tubária

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.			
Nome do Cônjuge/ Convivente			
Identidade		CPF	
Telefone		E-mail	
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 laqueadura tubária, 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 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.
- Que a gravidez ectópica (fora do útero), embora ocorra remotamente, é uma possibilidade a ser considerada em pacientes que tenham se submetido à ligadura tubária;
- Que para a realização dessa intervenção existem várias formas de abordagem cirúrgica: laparoscópica, mini-laparotomia, via vaginal e pós-cesárea, esta, excepcionalmente indicada apenas nos casos de risco à vida ou a saúde da mulher ou do futuro conceito, sendo testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, pois é vedada a esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;
- 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 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: eventrações, 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. 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 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.

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

/ /
Data

Assinatura da Paciente

Assinatura do Cônjuge
(Afirmar de próprio punho, se for o caso: "não há")

Cópias Anexas

- . Certidão de Casamento / Declaração de União Estável (quando aplicável);
- . 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, à Unimed para comunicação ao SUS. As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia deste termo.
