



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Laqueadura Tubária

Identificação do Paciente

Nome:

Prontuário:

Documento de Identidade:

*Nome do Esposo/Companheiro:

Documento de Identidade:

Grau de Parentesco:

*Caso possua

Declaração do Paciente e do Esposo/Companheiro:

DECLARAMOS, através desta manifestação para todos os efeitos legais, estando compromissados com a verdade, que eu e o meu esposo/companheiro, acima identificados e adiante assinados, fomos orientados de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e as consequências que decorrem da realização do procedimento cirúrgico de laqueadura tubária, bem como dos requerimentos legais, estando cientes dos requisitos médicos e legais para a sua realização.

DECLARAMOS, também, que não temos nenhum impedimento legal para a realização do procedimento de laqueadura tubária, e que estamos em pleno gozo das nossas capacidades civis e mentais, tendo feito a opção de livre e espontânea vontade.

DECLARAMOS, igualmente também, estar cientes que a laqueadura tubária consiste, basicamente, na interrupção da continuidade das trompas de falópio, com o objetivo de impedir uma gravidez, e, ainda, que para a realização dessa intervenção existem as seguintes formas de abordagem técnico-cirúrgica: laparoscópica, microlaparotomia, vaginal ou pós-cesárea. Estas técnicas necessitam, obrigatoriamente, da participação de anestesiolologista.

DECLARAMOS, igualmente também, ter plena ciência que a laqueadura tubária somente é permitida para as mulheres que possuam os seguintes requisitos autorizadores: ser maior de 25 (vinte e cinco) anos de idade) ou possuir, no mínimo, 02 (dois) filhos vivos; bem como existência de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro bebê na ocorrência de uma gravidez, o que deverá ser confirmado por meio de relatório escrito assinado por dois médicos assistentes e que a laqueadura é proibida nos seguintes casos:

- a) Durante os períodos de parto ou de aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;
- b) Através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;
- c) Quando a manifestação de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica for realizada durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.



Declaramos conhecer e possuir as condições autorizadoras para realização do procedimento e que assumimos através desse instrumento a decisão de não termos mais filhos e que a intervenção é de difícil reversão.

Declaramos conhecer que o procedimento apresenta um risco de cerca de 0,5% de falha , portanto não é um contrato ou uma garantia de sucesso do procedimento

DECLARAMOS, ainda, estar cientes dos riscos inerentes à realização do procedimento cirúrgico, entre outros, as complicações anestésicas, reações alérgicas à medicação, hemorragias, infecções e a abertura da ferida operatória, paradas cardiorrespiratória, lesões de órgãos vizinhos, seromas (acúmulos de líquidos), eventrações (hérnia), tromboses (coágulos sanguíneos), hematomas e outras aqui não mencionadas. E, ainda, que se, no momento do ato cirúrgico, surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica inicialmente programada.

Assim, estando todas essas explicações plenamente entendidas, tendo sido esclarecidas todas as nossas dúvidas, DECLARAMOS estar satisfeitos com essas informações e que compreendemos o alcance, os riscos e as consequências inerentes ao procedimento cirúrgico de laqueadura tubária por nós solicitados, concordando com as condutas médicas necessárias à realização deste procedimento.

Assinatura da Paciente

Assinatura do Esposo/Companheiro

Nome do médico:

CRM:

Assinatura (Médico)

Campos dos Goytacazes - RJ, _____, _____, 20____.