



Preencher quando não houver etiqueta

Nome:

Data Nasc:

Cód.:

Leito:

Conv.:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA LAQUEADURA TUBÁRIA

Pelo presente instrumento,
..... (nacionalidade), capaz, (estado civil)
....., profissão, nascida em ____/____/____
(mínimo de 25 anos), portadora da Carteira de Identidade nº....., expedida pela SSP/BA,
inscrita do CPF/MF sob o nº, genitora de
..... filhos vivos (mínimo de 02), residente e domiciliada
à/Ba,
DECLARO, nos termos da Lei Federal nº 9.263/1996, que regula o Planejamento Familiar, de comum
acordo com meu marido / companheiro,, brasileiro,
..... (estado civil), profissão.....,
portador da Carteira de Identidade nº....., expedida pela SSP/BA, inscrito do CPF/MF sob o
nº, residente e domiciliado no endereço acima citado,
que desejo submeter-me, de livre e espontânea vontade, à cirurgia de Laqueadura Tubária, razão pela
qual procurei o médico....., inscrito no
CRM-....., sob o nº, que me ofereceu todos os métodos e técnicas de concepção e
contracepção cientificamente aceitos e que não colocam em risco a minha vida e saúde, garantindo
minha liberdade de opção, bem como realizou minha avaliação e acompanhamento clínico, além de
prestar todas as informações sobre os riscos, vantagens, desvantagens e eficácia do referido
procedimento cirúrgico.

Assim, tendo optado por me submeter à cirurgia de laqueadura tubária, DECLARO estar ciente de que
deve ser observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da minha vontade e o
ato cirúrgico, bem como fui informada pelo médico responsável que trata-se de um método de
esterilização permanente, consistindo basicamente na interrupção das trompas de falópio (tubas
uterinas), com o objetivo de impedir nova gravidez, mas cuja efetividade não é plena, pois há
possibilidade, embora remota, de ocorrer a recanalização espontânea, o que poderá permitir a fertilidade
e possibilidade de gravidez.

DECLARO também que fui informada pelo médico que a laqueadura tubária não interfere na função
sexual e que, até o momento, não se conhece qualquer doença que possa vir a ocorrer em razão da
cirurgia, tendo recebido, ainda, todas as orientações sobre os cuidados que devo tomar para alcançar o
melhor resultado pós-operatório, estando ciente de que, como em toda cirurgia, podem ocorrer
complicações, tais como: **Intraoperatórias (durante a cirurgia)** - hemorragias, lesões dos 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, que, caso ocorram, devem ser imediatamente informadas
ao médico para as devidas providências.

DECLARO, ainda, ter conhecimento de que a laqueadura tubária trata-se de procedimento que necessita de anestesia, portanto, devo submeter-me à 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.

Desse modo, DECLARO que entendi todas as informações e orientações prestadas pelo médico, em linguagem simples e clara, e que minhas dúvidas foram esclarecidas nesta consulta, estando assim satisfeita com as informações transmitidas, compreendendo o alcance e os riscos da cirurgia de laqueadura tubária.

Por tal razão, manifesto expressamente meu consentimento para realização do procedimento acima descrito, em conjunto com meu cônjuge, reservando-me o direito de revogar esse consentimento, a qualquer momento antes do ato cirúrgico.

Salvador/BA de de

Assinatura da paciente:.....

Assinatura do cônjuge:.....

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO ASSISTENTE

Motivo da solicitação:

Idade do casal: Homem:..... Mulher:.....

Gestação:.....

Parto (s):.....

Aborto (s):.....

Cesáreas:.....

Número de 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 e carimbo do Médico Assistente

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de / / e não desejo prosseguir com o procedimento de laqueadura tubária.

Salvador/BA..... de de

Assinatura da paciente ou representante legal:.....

Assinatura e carimbo do Médico Assistente