

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO LAQUEADURA TUBÁRIA

**1 DADOS DO BENEFICIÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nº de filhos vivos: \_\_\_\_\_

Nome e idade dos filhos:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

Nome do cônjuge/convivente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Por este termo, em plena capacidade de discernimento, manifesto a vontade de submeter-me, voluntariamente, à cirurgia de laqueadura tubária, e ainda declaro:

(a) estar ciente das regras do planejamento familiar observando 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;

(b) que fui informada que existem outros métodos alternativos de contracepção a minha disposição, como anticoncepcional hormonal, contracepção intra-uterina, 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 e recanalização espontânea, o que poderá permitir a fertilidade e possibilidade de uma gravidez indesejada.

(c) que a gravidez ectópica (fora do útero), embora ocorra remotamente, é uma possibilidade à ser considerada em pacientes que tenham se submetido à ligadura tubária;

(d) que para a realização dessa intervenção existem várias formas de abordagem cirúrgica: laparoscopia, mini-laparotomia, via vaginal e pós-cesária, esta excepcionalmente indicada apenas em casos de risco à vida ou a saúde da mulher ou do futuro concepto, 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;

(e) 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;

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO LAQUEADURA TUBÁRIA**

(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 medica 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 dependera do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

Pelo presente, DECLARO que entendi todas as informações, orientações e explicações prestadas e repassadas pelo medico em linguagem simples e clara, e que minhas duvidas 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.

Belém, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Assinatura Cônjuge  
(Afirmar de próprio punho, se for o caso: “Não há”)

\_\_\_\_\_  
Assinatura/CRM Médico

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO LAQUEADURA TUBÁRIA**

**CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA/ LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)**

1. Cobertura obrigatória em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. mulheres com capacidade civil plena;
- b. maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- c. seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- d. seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
- e. em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
- f. toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

2. É vedada a realização de laqueadura tubária quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios: 19

- a. durante os períodos de parto ou 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 (laqueadura) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;
- d. em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Referências Bibliográficas

- 1. Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996.

Tratamento: ( ) Laqueadura tubária ( ) Vasectomia

Revogo o consentimento prestado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, desistindo de prosseguir o tratamento.

Belém, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Assinatura Testemunha 1

\_\_\_\_\_  
Assinatura Testemunha 2

Cópias anexas:

- ( ) Certidão de casamento/Declaração de união estável (quando aplicável);
- ( ) Carteira de identidade; e CPF.
- ( ) Certidão de nascimento dos filhos.

Data da consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da ata: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Reg. Hospitalar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Observação:**

1. 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 desse Termo.

- **LAQUEADURA**



- **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

1. **RG E CPF (CASAL) – XÉROX**
2. **CERTIDÃO DE CASAMENTO OU DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL – XÉROX**
3. **CERTIDÃO DE NASCIMENTO DOS 2 FILHOS VIVOS DE CESARIANA DIFERENTE – XÉROX**
4. **ASSINATURA DO CASAL NO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RECONHECIDO EM CARTÓRIO.**
5. **ASSINATURA DO MÉDICO NO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.**
6. **CARTA DE PRÓPRIO PUNHO MANIFESTANDO A VONTADE DO PROCEDIMENTO (ASSINADA PELO CASAL E RECONHECIDO EM CARTÓRIO).**
7. **SOLICITAÇÃO MÉDICA.**
8. **EM CASO DE GRAVIDEZ DE RISCO, SÃO NECESSÁRIOS 2 LAUDOS DE MÉDICOS DIFERENTES.**