

*Dados do Documento:*

---

Código: **TC-002**

Título: **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Laqueadura Tubária (Esterilização Feminina)**

Autor: **Qualidade Adm**

Elaborado em: **23/06/2015**

Empresa: **HOSPITAL VERA CRUZ**

Pasta Repositório: **TC\_TERMOS DE CONSENTIMENTO**

Aprovadores: **LILIAN SILVA RANSATO, ATILA**


*Dados da Versão:*

---

Versão: **2**

Válido de: **02/12/2024**

Válido até: **02/12/2026**

	<b>Termo de Consentimento Livre Esclarecido</b>	Versão:	Página:	1 de 4
	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Laqueadura Tubária (Esterilização Feminina)</b>	2	TC-002	


ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_, na qualidade de paciente/responsável (grau de parentesco): \_\_\_\_\_, declaro que autorizo o(a) médico(a) assistente, abaixo identificado(a), a realizar as investigações necessárias para o diagnóstico do meu estado de saúde, bem como a execução do procedimento CIRURGIA DE LAQUEADURA TUBÁRIA (ESTERILIZAÇÃO FEMININA).

Os métodos e tratamentos mencionados anteriormente foram discutidos e esclarecidos, não havendo pendências de esclarecimentos sobre eles.


Declaro também que tenho ciência de que todo e qualquer procedimento somente será realizado após serem prestados todos os esclarecimentos pela (s) equipe(s) médica(s) responsável (eis), tendo ciência de que os procedimentos caracterizados como urgência/emergência decorrentes de complicações ou intercorrências durante o ato operatório serão realizados a partir de indicação médica, ficando desde já autorizados.

1. Declaro ter sido devida e suficientemente orientada sobre as regras legais 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 sob influência de álcool, drogas, estado emocional alterado, ou por incapacidade mental temporária ou permanente.
2. Fui também informada 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 a possibilidade de uma gravidez indesejada;
3. Estou ciente de que a gravidez ectópica (fora do útero), embora ocorra muito raramente, é uma possibilidade a ser considerada em pacientes que tenham se submetido à ligadura tubária;

	<b>Termo de Consentimento Livre Esclarecido</b>	Versão:	Página:	2 de 4
	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Laqueadura Tubária (Esterilização Feminina)</b>	2	TC-002	

4. Fui informada que a frequência de alterações menstruais após a esterilização varia de 2,5% a 60% e cerca de 20% a 40% das mulheres submetidas ao procedimento apresentam sequelas, tais como: desarmonia no ciclo menstrual, dores pélvicas sem lesão aparente, dismenorreia (menstruação dolorosa ou dificuldade de menstruação), tensão pré-menstrual, dispareunia (coito doloroso por condição psíquica alterada), manifestações psicológicas;
5. Também fui informada que existem outros métodos alternativos de contracepção à minha disposição, como anticoncepcionais hormonais orais e injetáveis, colocação de dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre ou hormonais, preservativos, coito interrompido e todos os demais métodos naturais e de barreira usualmente utilizados com explicações sobre eficiência, limitações, indicações e contraindicações;
6. Fui orientada e estou ciente de que um futuro arrependimento não pode ser descartado em decorrência de situações extraordinárias, como: morte do cônjuge ou de filho, separação, novo casamento, entre outras; entretanto, nenhuma solução referente à reversão poderá ser oferecida, em virtude da irreversibilidade do método de esterilização feminina (laqueadura tubária);
7. Estou ciente de que a cirurgia tem caráter única e exclusivamente destinado a prevenir a gestação de novos filhos, mas não tem nenhum caráter na prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), sendo, portanto, de minha inteira responsabilidade a adoção de práticas para prevenir a contração e transmissão de quaisquer infecções relacionadas;
8. Declaro que fui esclarecido ser do meu livre-arbítrio a decisão a ser tomada, bem como que poderei desistir de realizar o procedimento cirúrgico a qualquer momento, antes do ato cirúrgico, sem necessidade de apresentar explicações;
9. Declaro que fui devidamente orientada quanto ao preparo pré-procedimento.
10. Fui informada que o procedimento é feito sob anestesia e que podem ocorrer outros riscos inerentes a procedimentos anestésicos e cirúrgicos; diante disso, autorizo previamente todos os procedimentos relacionados, como anestésias e outras condutas médicas que possam ser requeridas, permitindo a atuação da equipe médica e de outros profissionais de saúde para a plena recuperação de minha saúde diante de situações adversas que possam decorrer do procedimento (intercorrências, complicações, situações não-previstas);
11. Declaro que recebi todas as informações pertinentes sobre o procedimento, incluindo seus benefícios, riscos, alternativas e potenciais complicações (que podem, em alguns casos, levar à necessidade de reabordagens cirúrgicas), tais como:
  - infecção superficial (na ferida operatória) ou profunda (além da ferida operatória)
  - hemorragia (sangramentos)
  - hematomas no local da cirurgia
  - deiscência cirúrgica (ruptura espontânea dos pontos cirúrgicos)
  - queda no período pós-operatório imediato (decorrente de alterações no nível de consciência, equilíbrio e força resultantes da anestesia),
  - broncoaspiração (resultante de ausência de cumprimento do tempo de jejum, refluxo

A versão impressa deste documento é considerada cópia não controlada.

	<b>Termo de Consentimento Livre Esclarecido</b>	Versão:	Página:	3 de 4
	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Laqueadura Tubária (Esterilização Feminina)</b>	2	TC-002	

- gastroesofágico ou outros fatores que podem comprometer a motilidade gastroesofágica)
- lesão por pressão (feridas na pele resultantes do tempo prolongado de permanência em uma posição fixa durante a cirurgia)
  - flebite (inflamação nos vasos sanguíneos submetidos a punção e acesso venoso para administração de medicamentos)
  - reações alérgicas não previstas (resultantes de medicamentos administrados durante a anestesia ou para controle de dor no pós-operatório, mesmo não havendo histórico de reação ao medicamento ou qualquer tipo de alergia)
  - queimaduras superficiais ou profundas resultantes da não retirada de apliques capilares, cílios postiços, unhas postiças, unhas de gel, anéis, brincos e piercings;


Declaro que recebi todas as informações pertinentes sobre o procedimento, incluindo seus benefícios, riscos, potenciais complicações e alternativas, tais como: desconfortos, como dor pós-operatória, inchaço, diminuição ou perda de sensibilidade na área operada ou afetada pelos nervos da região, surgimento de manchas e hematomas, com duração variável conforme minha fisiologia, a necessidade de cuidados pós-operatórios e possíveis condições clínicas associadas. Estou ciente de que outras complicações podem surgir, decorrentes de situações individuais. Fui informado(a) de que não há garantias absolutas sobre os resultados a serem obtidos. Também me foi dada oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas e não restou nenhuma dúvida ou esclarecimento a ser feito.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem exigir modificações nas condutas inicialmente propostas. Autorizo desde já que o(a) médico(a) tome as providências necessárias, segundo seu julgamento, em benefício do paciente. Compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata, e não podem ser dadas garantias quanto ao tratamento ou cirurgia.

Autorizo o Hospital Vera Cruz a enviar cópia deste Termo de Consentimento Livre Esclarecido ao meu convênio/plano de saúde quando houver solicitação deste.

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m.

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Nome legível do Paciente/Responsável

	<b>Termo de Consentimento Livre Esclarecido</b>	Versão:	Página:	4 de 4
	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Laqueadura Tubária (Esterilização Feminina)</b>	2	TC-002	

### REVOGAÇÃO

REVOGO O CONSENTIMENTO PRESTADO EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, DESISTINDO DE PROSEGUIR COM A CIRURGIA CONTRACEPTIVA FEMININA.

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m.

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Nome legível do Paciente/Responsável

### DECLARAÇÃO MÉDICA

Eu, \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, declaro que esclareci o(a) paciente e/ou seu(sua) responsável sobre o presente termo de consentimento, o diagnóstico, prognóstico, alternativas de tratamento, riscos e complicações, bem como sobre as consequências da recusa ao tratamento proposto. Respondi a todas as perguntas e acredito que o(a) paciente compreendeu as explicações.

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m.

\_\_\_\_\_  
Assinatura/nome legível do médico / carimbo – CRM