

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA LAQUEADURA TUBÁRIA

PACIENTE:

Nome:	
Idade:	Estado Civil:
Nacionalidade:	
Identidade:	CPF nº
Profissão:	
Endereço:	
Telefone:	Endereço Eletrônico:
Número de Filhos Vivos:	

FILHOS:

	NOME DOS FILHOS	DATA NASCIMENTO	IDADE
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			

CÔNJUGE/CONVIVENTE:

Nome:	
Identidade:	CPF nº
Telefone:	Endereço Eletrônico:

Por este termo, em plena capacidade de discernimento, manifesto a vontade de me submeter, livre e espontaneamente, sem qualquer tipo de coação, à cirurgia de laqueadura tubária, e ainda declaro:

(a) 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 sob 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 à minha disposição, como anticoncepcional hormonal, contracepção intrauterina, colocação de DIU, preservativos, coito interrompido e todos os demais métodos naturais e de barreira usualmente utilizados com explicações sobre limitações, eficiência, contraindicações, etc.;

(c) que 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 a possibilidade de uma gravidez indesejada;

(d) 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;

(e) 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**;

(f) que fui informada de 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;

(g) que o procedimento é feito sob anestesia e que podem ocorrer outros riscos inerentes a procedimentos cirúrgicos, tais como infecção e hemorragia;

(h) **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, antes do ato cirúrgico, sem necessidade de apresentar explicações**;

(i) que na vigência da sociedade conjugal, a realização dessa intervenção cirúrgica dependerá do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA LAQUEADURA TUBÁRIA

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. DECLARO, ainda, ter recebido aconselhamento multidisciplinar. Assim sendo, declaro-me satisfeita com as informações, orientações e explicações recebidas, compreendendo o alcance e os riscos da cirurgia de **laqueadura tubária**.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente em três vias de igual teor e forma.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura da Paciente

Assinatura do Cônjuge/Convivente*
(*afirmar de próprio punho, se for o caso: "NÃO HÁ")

REVOGAÇÃO

REVOGO O CONSENTIMENTO PRESTADO EM ____/____/____, DESISTINDO DE PROSEGUIR COM A LAQUEADURA TUBÁRIA.

Local e Data: _____

Assinatura da Paciente

TESTEMUNHAS:

1.	2.
_____ Nome:	_____ Nome:
_____ CPF:	_____ CPF:

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro, para os devidos fins, que esclareci a paciente sobre a LAQUEADURA TUBÁRIA, objetivo proposto, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como sobre as consequências que poderão decorrer do tratamento, relativamente ao presente atendimento, pelo qual sou responsável. Respondi a todas as perguntas formuladas pela paciente e acredito ter sido compreendido.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura/nome legível do médico/carimbo – CRM