

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA CIRURGIA CONTRACEPTIVA MASCULINA (VASECTOMIA BILATERAL)

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 contraceptiva masculina, 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 sobre influência de álcool, drogas, estado emocional alterado, ou por incapacidade mental temporária ou permanente;
- (b) que fui também informado de que a cirurgia contraceptiva masculina é procedimento que bloqueia a passagem dos espermatozoides pelo canal deferente do testículo para a uretra, impedindo de maneira definitiva que eu engravide a minha companheira, ou seja, ficarei impossibilitado de fazer filhos definitivamente. Antes do procedimento, foram-me explicadas, e para a minha esposa, outras formas de evitar filhos, como o uso de camisinha, DIU, pílulas anticoncepcionais, tabela;
- (c) que me foi explicado, ainda, que a cirurgia contraceptiva masculina é uma operação que se faz com anestesia local (raras vezes, dependendo da condição do paciente, pode ser necessária outra forma de anestesia), são feitos um ou dois cortes no escroto que são, ao final, fechados com pontos (não precisam ser retirados depois);
- (d) que fui esclarecido também sobre as possíveis complicações da operação. Pode ocorrer hematoma (sangramento), manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção (febre), sendo essas algumas das possibilidades, podendo haver outras decorrentes de situações pessoais e individualidade de cada paciente.
- (e) estar ciente de que existe uma possibilidade muito pequena (1 em cada 2.000 cirurgias contraceptivas masculinas) de ocorrer recanalização espontânea, o que quer dizer que o homem pode voltar a engravidar sua esposa. De qualquer maneira, fiquei certo de que, se precisar, podemos entrar em contato com meu médico ou sua equipe a qualquer momento depois da operação.
- (f) após a operação, devo ficar em repouso em minha casa colocando compressa de gelo no escroto por algumas horas. Posso retornar ao meu trabalho no outro dia e ter relações sexuais após uma semana.
- (g) sobre as relações sexuais depois da operação, os médicos deixaram bem claro que nós devemos continuar a ter os mesmos cuidados para evitar filhos até que se completem 25 ejaculações e que seja feito um espermograma mostrando ausência de espermatozoides no ejaculado, ou seja, depois da operação, eu devo fazer um espermograma, mostrar aos médicos e, só depois de eles constatarem que não há mais espermatozoides, é que nós poderemos ter relações sem qualquer forma de método para evitar filhos.
- (h) foi explicado que a operação cirúrgica contraceptiva masculina é definitiva, vou ficar infértil para o resto de minha vida. Uma operação que se faz para reverter à fertilidade não é segura para todos.
- (i) 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.**
- (j) 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 CIRURGIA CONTRACEPTIVA
MASCULINA (VASECTOMIA BILATERAL)**

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 satisfeito com as informações, orientações e explicações recebidas, compreendendo o alcance e os riscos da **cirurgia contraceptiva masculina**.

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

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

Assinatura do 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 CIRURGIA CONTRACEPTIVA MASCULINA.

Local e Data: _____

Assinatura do Paciente

TESTEMUNHAS:

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

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro, para os devidos fins, que esclareci o paciente sobre a CIRURGIA CONTRACEPTIVA MASCULINA, 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 pelo paciente e acredito ter sido compreendido.

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

Assinatura/nome legível do médico/carimbo – CRM