

Definição: É um procedimento cirúrgico para esterilização definitiva e voluntária da mulher, que promove a oclusão das tubas uterinas (trompas de Falópio), impedindo o processo de fecundação. Há três técnicas principais de laqueadura tubária: via abdominal (mini laparotomia e videolaparoscopia) e via vaginal (culdotomia).

Declaro que:

1. Recebi informação quanto aos requisitos legais previstos na Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, para pacientes que desejam um método anticoncepcional definitivo, inclusive quanto à obrigatoriedade de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde, abaixo listados:

- Mulheres com capacidade civil plena (mulheres que possuem capacidade para responder por todos os seus atos da vida civil);
- Possuir pelo menos 18 anos e 2 (dois) filhos vivos;
- Idade mínima de 25 anos independentemente do número de filhos;
- A existência de um intervalo de 60 dias entre a decisão e a cirurgia (prazo legal fixado para que a paciente tenha acesso a informações em relação a cirurgia e conheça as alternativas a esterilização cirúrgica definitiva).

2. Recebi informação que é vedada a realização de laqueadura em pacientes durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de cesarianas sucessivas anteriores.

3. Recebi esclarecimento que por se tratar de um procedimento invasivo, podem ocorrer complicações raras, imediatas como: acidentes de punção pela agulha de insuflação do gás (hematoma de parede abdominal e enfisema subcutâneo) até lesões vasculares de pequenos e grandes vasos, ou ainda lesões de vísceras (bexiga, ureter e intestino) e um risco excepcional de morte decorrente do ato cirúrgico. As complicações tardias podem ser: infecção operatória, infecção urinária, e hérnia incisional. Fui informado também que existe a possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica).

4. Estou ciente que a laqueadura tubária é um métodos de planejamento familiar, com menos de 1% de falha no procedimento, independentemente da técnica utilizada durante o procedimento ou da equipe médica

5. Recebi orientações de que existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis, como por exemplo, anticoncepcional hormonal oral e injetável, contracepção intrauterina, métodos naturais, entre outros. Estou ciente de que há a possibilidade de esterilização cirúrgica definitiva masculina, através da vasectomia.

6. Recebi informações de que para realizar o procedimento, será necessário o emprego de anestesia, cujo métodos, técnicas e fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.

7. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre meu estado de saúde, incluindo doenças, medicações as quais apresentei alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

8. Tive a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento, mas apenas os mais frequentes.

9. Li, recebi esclarecimentos de forma compreensível pela equipe médica, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, AUTORIZO a realização de laqueadura tubária. Afirmando ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento durante a internação hospitalar.

Cópias anexas:

- 1) Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável (quando aplicável);
- 2) Certidão de Nascimento dos Filhos;
- 3) Cópia da autorização judicial (para pacientes absolutamente incapazes).

Local e data: _____, ____/____/_____

Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal

Nome legível: _____ Assinatura: _____

CPF: _____ Telefone: _____

Grau de Parentesco ou vínculo: _____

(obrigatório nos casos de representação):

Preenchimento Obrigatório pela Equipe Médica

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura e carimbo do Médico

Testemunhas:

Nome legível: _____ Nome legível: _____

CPF: _____ CPF: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Revogação: _____, ____/____/20____, às ____ horas e ____ minutos.

Paciente ou Representante Legal