

**Definição:** É o procedimento cirúrgico que interrompe o fluxo de espermatozoides produzidos nos testículos (através do corte dos canais deferentes), deixando o homem estéril e impedindo a gravidez. O tempo de duração do procedimento é de aproximadamente 30 minutos.

Declaro que:

1. Estou ciente que o art. 10 da Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar prevê que a esterilização voluntária só será possível em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade, ou pelo menos com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação de vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce. Que na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

2. As contraindicações ao procedimento estão relacionadas aqueles que não preenchem os requisitos da Lei.

3. Apesar de ser uma intervenção cirúrgica relativamente simples que pode ser feita com anestesia local, o corte dos ductos deferentes pode provocar inflamação, deixando o escroto mais sensível, podendo provocar uma sensação dolorosa ao caminhar ou sentar, nos primeiros dias.

4. A cirurgia produz efeito imediatamente, mas é aconselhável utilizar outros métodos contraceptivos até 3 (três) meses depois do procedimento, uma vez que ainda podem restar alguns espermatozoides dentro dos canais, possibilitando uma gravidez. Normalmente, 40 dias após a cirurgia, com pelo menos 10 a 15 ejaculações neste período, os espermatozoides restantes são eliminados, mas sempre é imperativo que se faça um espermograma completo após este período. A vasectomia não protege contra doenças sexualmente transmissíveis.

5. A reversão do procedimento é possível até o 5º ano após o ato para ter-se maiores chances de sucesso, porém não é simples como a vasectomia (cirurgia esterilizadora masculina), sendo necessária a realização de uma incisão maior e aplicação de anestesia. Com o passar do tempo ela torna-se mais difícil, na medida que o corpo deixa de produzir espermatozoides e passa a produzir anticorpos que eliminam os espermatozoides produzidos.

6. Estou ciente que toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde, conforme dispõe a Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996.

7. Estou ciente que o art. 15 da Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996, trata como crime a esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 deste diploma legal.

8. 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.

9. 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.

10. 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 da vasectomia. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento durante a internação hospitalar.

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