

VASECTOMIA

CONSENTIMENTO INFORMADO

PACIENTE

Nome:

Idade: Estado Civil:

Nacionalidade:

Identidade: CPF nº

Profissão:

Endereço:

Telefone: Endereço Eletrônico:

Número de Filhos vivos:

Nome e Idade dos Filhos:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Nome do cônjuge/convivente:

Identidade: CPF nº

Telefone:

Eu, portador da CI nº _____, inscrito no CF sob o nº _____, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a) à realizar a cirurgia de vasectomia.

Por este termo, em plena capacidade de discernimento, manifesto a vontade de submeter-me, voluntariamente, à cirurgia de vasectomia, 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, de acordo com a Lei que normatiza a cirurgia de vasectomia no Brasil, 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 foi me explicado e para minha esposa, que existem outros métodos alternativos de contracepção a nossa disposição, exemplificando: uso de camisinha, DIU, pílulas anticoncepcionais, e todos os demais métodos naturais e de barreira. Fui também informado de que a intervenção de vasectomia consiste basicamente na interrupção da continuidade do(s) ducto(s) deferente(s). Fui informado que existe possibilidade (1 em cada 2.000 vasectomias) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja de ocorrer a passagem dos espermatozoides de um ducto para o outro, permitindo assim a fertilidade com possível gravidez indesejada. Esse procedimento é usualmente realizado em nível ambulatorial e sob anestesia local;

(c) Foi salientado pelo médico que após a cirurgia de vasectomia poderei voltar a ter relações sexuais após uma semana e continuar a ter os mesmos cuidados para evitar filhos até que se complete 25 (vinte e cinco) ejaculações e, que se tenha feito um espermograma mostrando ausência de espermatozóide no ejaculado, ou seja, depois da operação eu devo fazer um espermograma, mostrar ao médico e só depois de ele constatar que não tem mais espermatozóide é que poderei ter relações sem qualquer forma de método para evitar filhos;

(d) também foi explicado que a operação de vasectomia é definitiva, vou ficar infértil para o resto da minha vida e que uma operação que se faz para reverter a fertilidade não é segura nem coberta pelo plano de saúde;

(e) que recebi do médico as orientações sobre os cuidados que devo seguir para alcançar o melhor resultado, estando ciente de que nessa cirurgia poderão ocorrer complicações Intra-operatórias: hemorragias e queimaduras por bisturi elétrico); e pós-operatórias: seromas, hematomas (sangramento interno), manchas escuras no escroto e/ou pênis (equimoses), dor ou infecção (febre) entre outras; quando então deverei

informá-lo, imediatamente sobre essas possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir, assim como, retornar ao consultório/hospital nos dias determinados por ele;

(f) que em toda intervenção existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente; que se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;

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

(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, sem necessidade de apresentar explicações.

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. Assim sendo, declaro-me satisfeito com as informações, orientações e explicações recebidas, compreendendo o alcance e os riscos da cirurgia de vasectomia.

Por tal razão, manifesto expressamente minha concordância e consentimento para realização do procedimento acima descrito.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente

Assinatura do cônjuge*

* afirmar de próprio punho, se for o caso: "não há"

Assinatura/CRM do Médico

Testemunha (1)

Testemunha (2)

Cópias anexas:

- Certidão de Casamento/Declaração de União Estável (quando aplicável);
- Carteira de Identidade; e
- Certidões de Nascimento dos filhos.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado em ___/___/___, desistindo de prosseguir o tratamento.

_____, _____ / _____ / _____
Cidade Data

Assinatura do paciente

Testemunha (1) Testemunha (2)

Data da Consulta: ___/___/___ Data da Cirurgia: ___/___/___

Data da Alta ___/___/___ Reg.Hospitalar _____

Reconhecer firma da assinatura do paciente e seu cônjuge nas três vias.