

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA

Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____

Por meio deste termo manifesto o desejo de submeter-me à cirurgia esterilizadora voluntária por meio de VASECTOMIA, por minha livre e espontânea vontade, e DECLARO para os devidos fins que:

Registrei expressa manifestação de vontade de esterilização voluntária, observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.

Recebi informação detalhada dos benefícios da vasectomia. A equipe de saúde multidisciplinar explicou sobre como funciona e de como é feita a vasectomia, e respondeu às perguntas que fiz de maneira que pude entender.

Estou ciente que é um procedimento cirúrgico considerado definitivo.

Tive conhecimento que existem outras opções de contracepção reversíveis e eficazes, como o preservativo masculino, bem como métodos de contracepção reversíveis para minha parceira (métodos de barreira, DIU, métodos hormonais), disponíveis gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Estou ciente que a vasectomia não previne infecções sexualmente transmissíveis (IST) e sobre a importância do uso dos preservativos, bem como onde são disponibilizados pelo SUS.

Recebi informação pela equipe de saúde multidisciplinar, detalhadamente e em mais de uma ocasião, sobre o risco de arrependimento, pois dependendo da situação pessoas que fazem vasectomia se arrependem de terem feito.

Sei que qualquer método contraceptivo, incluindo a vasectomia, tem chance de falha, e fui informado pela equipe de saúde sobre sua probabilidade.

Estou ciente que qualquer método contraceptivo, incluindo a vasectomia, tem chance de complicações. A equipe de saúde explicou quais são e a probabilidade estimada de cada complicaçāo. O risco de morte existe, porém, é muito baixo, e depende das condições de cada pessoa. Caso aconteça alguma complicaçāo e eu não estiver mais no estabelecimento de saúde, foi explicado e registrado por escrito qual lugar eu devo procurar.

Recebi informação de onde e quando fazer o exame de pesquisa de espermatozoides após a realização da vasectomia, e que o exame é realizado gratuitamente pelo SUS.

Estou ciente que, mesmo após a assinatura deste termo, estou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo.

Outras observações: _____

Após atenta leitura, autorizo a realização da cirurgia esterilizadora voluntária de vasectomia, estando plenamente ciente dos benefícios e dos riscos dessa intervenção, bem como assumo a responsabilidade de cumprir fielmente todas as recomendações feitas pelo médico e sua equipe.

Guanhães, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Médico

