

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA CONTRACEPTIVA MASCULINA

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr _____ e/ou seus assistentes a realizar uma operação contraceptiva masculina (procedimento que bloqueia a passagem dos espermatozoides pelo canal deferente do testículo para a uretra, impedindo de maneira definitiva que eu não mais engravide a minha companheira, ou seja, fique impossibilitado de fazer filhos definitivamente. Antes do procedimento foi me explicado e para a minha esposa, outras formas de evitar filhos, como o uso de camisinha, DIU, pílulas anticoncepcionais, tabela. Também nos explicaram 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 no final fechados com pontos, (não precisam ser retirados depois). Fomos esclarecidos também sobre as possíveis complicações da operação. Pode ocorrer hematoma (sangramento), manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção (febre). Existe uma possibilidade muito pequena (1 em cada 2000 cirurgia contraceptiva masculina) 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. Após a operação eu 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 relações sexuais com uma semana. 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 complete 25 ejaculações e, que tenha 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 tem mais espermatozoides é que nós poderemos ter relações sem qualquer forma de método para evitar filhos. Também foi explicado que a operação cirurgica 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. Por fim foi nos dito que existe uma lei no Brasil que normaliza a operação cirurgica contraceptiva masculina. Por esta lei é necessário que eu tenha 60 dias para pensar juntamente com minha companheira sobre a operação, agora com os esclarecimentos dados ficam mais fácil. Diante do exposto, eu _____, com _____ filhos, RG _____, idade _____ anos, estou ciente dos esclarecimentos acima e manifesto que desejo ser submetido à cirurgia contraceptiva masculina por minha livre e espontânea vontade. _____, _____ de _____ de _____. Hora: ____:____. Assinatura do paciente _____ Assinatura _____ da _____ esposa Nome: _____ R.G.: _____ Testemunha: _____ R.G.: _____ Certifico que este documento me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e minha companheira e que entendi o seu conteúdo.

A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes. A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO****PROCEDIMENTO INFORMADO****ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA HUMANA POR VASECTOMIA****PACIENTE**

Nome:.....

Idade:..... Estado Civil:.....

Naturalidade:.....

Nacionalidade:.....

Identidade:.....

Profissão:.....

Endereço:.....

Telefone:.....

Endereço Eletrônico:.....

Número de Filhos vivos:.....

Nome e Idade dos Filhos:.....

1).....

2).....

3).....

4).....

5).....

Nome do cônjuge/Companheiro:.....

Identidade:..... CPF:.....

Telefone:.....

O(A) Sr.(a), acima qualificado (a), vem pelo presente Termo de Consentimento e por sua livre e espontânea vontade, solicitar ao seu médico, Dr.(a), em que o(a) submete ao procedimento cirúrgico de

Aduz ainda a(o) solicitante que seu cônjuge companheiro (a), abaixo assinado, tem pleno conhecimento de sua decisão e de todas as conseqüências da mesma.

Declara ainda estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento cirúrgico, conforme a seguir explicitado:

- 1) Que as cirurgias de esterilização humanas são procedimentos de difícil reversão;
- 2) Que foram disponibilizadas à outorgantes informações sobre todos os outros métodos contraceptivos usualmente utilizados, tais como os Métodos de Barreira, Anticoncepção Hormonal, Contracepção Intra-Uterina e métodos naturais. Na ocasião, foram feitas observações quanto ao grau de eficiência, limitações, contra indicações, e possibilidade de reversibilidade de cada um desses métodos;
- 3) Que um futuro arrependimento da outorgante não pode ser descartado, em decorrência de situações extraordinárias como morte do cônjuge ou de filho, separação, novo casamento, dentre outras, e que nenhuma solução referente à reversão da cirurgia poderá ser oferecida neste caso;
- 4) Que a vasectomia, à semelhança dos demais métodos contraceptivos, não possui 100% de eficácia;

- 5) Que cada uma dessas complicações e o significado de seu nome técnico lhe foram detalhadamente explicadas por seu médico;
- 6) Que, como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade, decorrente do próprio ato cirúrgico ou das condições vitais do paciente;
- 7) Que se ocorrem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente de programada, sempre em benefício do paciente;
- 8) Que, na eventualidade acima descrita, o tempo de hospitalização poderá estender-se além do programado;
- 9) Que, estando o paciente de posse do presente termo, lhe foram concedidos 60(sessenta) dias para discutir com seu cônjuge acerca da convivência de se submeter ao procedimento cirúrgico esterilizatório;
- 10) Que lhe foi esclarecido ser do seu livre arbítrio a decisão a ser tomada, bem como que poderá desistir de realizar o procedimento cirúrgico em epígrafe a qualquer momento, sem necessidade de apresentar qualquer explicação, podendo neste caso optar por outros métodos contraceptivos.

Consoante ao que vai acima exposto, declara estar plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas e perfeitamente inteirado (a) do alcance e dos riscos inerentes ao tratamento cirúrgico de vasectomia.

E para que fique registrado o seu pleno consentimento em se submeter à esterilização cirúrgica pelo método de vasectomia, firma o presente documento 03 (três) vias de igual teor e forma, as quais vão também assinadas por seu cônjuge/companheiro e por mais 02 (duas) testemunhas.

Local e data:.....

Paciente:

Cônjuge ou Companheiro (quando aplicável):.....

Testemunha 1:.....

Testemunha 2

Médico Responsável:.....

Termo de Recebimento

Declaro que recebi o presente Termo de Consentimento 60 (sessenta) dias antes da data prevista para a realização da vasectomia.

Paciente:.....

Documentos Anexos

- 1) Cópia Xerográfica da Certidão de Casamento/Declaração de União Estável (quando aplicável)
- 2) Cópia Xerográfica da Carteira de Identidade
- 3) Cópia Xerográfica das Certidões de Nascimento dos Filhos


Termo de Revogação

Revogo o consentimento prestado no presente documento, declarando que não desejo prosseguir com o tratamento, que dou com este finalizado.

Local e Data:.....

Paciente:.....

Nota: Todas as folhas do presente documento deverão ser assinadas pelo paciente, por seu cônjuge e por 02 (duas) testemunhas

Unimed  Campinas	Vasectomia Bilateral	PM 56.11.011-1
		Versão: 02

Declaração de Aptidão Psicológica para a Realização de Procedimento de Esterilização Definitiva

Declaro para os devidos fins que em consulta realizada nesta data o (a) Sr. (a) mostrou-se orientado e pleno em sua capacidade mental.

Esclarecido especialmente quanto aos aspectos psicológicos e sociais que envolvem o procedimento de vasectomia bilateral e suas conseqüências, mostrou-se consciente e determinado à sua realização.

Campinas, de de.....

Carimbo e CRM