
Título: Termo de Consentimento Informado para Realização de Procedimento Médico de Esterilização Cirúrgica por Vasectomia Bilateral - Anexo II

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-TCIRPMECVB - V.5

Fase: Vigente

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE RISCOS CIRÚRGICOS, EFEITOS COLATERAIS, DIFICULDADES DE REVERSÃO E OPÇÕES DE CONTRACEPÇÃO REVERSÍVEL EXISTENTES.

Eu _____
RG _____, CPF _____ inscrito no Ipasgo Saúde com matrícula nº _____ autorizo o Drº _____ CRM nº _____ e/ou seus assistentes a realizar uma Vasectomia Bilateral (ligadura dos dois epidídimos) como forma de tratamento de esterilidade cirúrgica como método contraceptivo com o objetivo de não ter mais filhos através de relação sexual. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico e os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

- 1) Deiscência dos pontos da sutura.
- 2) Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento.
- 3) Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor.
- 4) Hematoma e ou edema no escroto.
- 5) Não há garantia de esterilidade, não podendo ter relação sem métodos contraceptivos enquanto o espermograma não estiver com azoopermia (sem espermatozoides).
- 6) Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de anestesia local.
- 7) Existem 0,3% de risco de reversão espontânea da cirurgia.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e os seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que há outros métodos alternativos de contracepção a minha disposição, como preservativos, coito interrompido e todos os demais métodos naturais e de barreira.

Título: Termo de Consentimento Informado para Realização de Procedimento Médico de Esterilização Cirúrgica por Vasectomia Bilateral - Anexo II

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-TCIRPMECVB - V.5

Fase: Vigente

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

E para que fique registrado o seu pleno consentimento em se submeter à esterilização cirúrgica pelo método de vasectomia bilateral, firma o presente documento pelo requerente e seu cônjuge/companheira e por 02 (duas) testemunhas.

Assinatura do Requerente: _____

Assinatura do(a) Cônjuge/Companheira(o): _____

Assinatura das Testemunhas:

1ª _____ RG _____

2ª _____ RG _____

Termo de Declaração Médica

Declaro que as informações acima foram disponibilizadas ao requerente, em consultório, na presença do(a) cônjuge/companheira(o).

Médico responsável: _____ Data: ___/___/___
Assinatura/Carimbo do Médico.

Termo de Confirmação

Eu _____ e minha cônjuge _____ declaramos termos ciência de que ao submeter-me, por livre e espontânea vontade, à Esterilização Cirúrgica por Vasectomia, método contraceptivo irreversível, estarei, definitivamente impossibilitado de conceber filhos naturalmente. Desta forma firmo o presente termo assinado, no qual eu e minha cônjuge isentamos o IPASGO de quaisquer responsabilidades quanto a impossibilidade de concepção futura ou em caso de arrependimento após a realização do procedimento.

Data ___/___/___

Assinatura do Requerente

Assinatura do(a) Cônjuge/Companheiro/a