

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

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-TCIRPMECLTB - V.6

Fase: Vigente

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

Eu _____

RG _____ CPF _____ inscrita no Sistema Ipasgo Saúde com matrícula nº _____ declaro estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento cirúrgico, e em especial que:

- 1)As cirurgias de esterilização humana são procedimentos definitivos e irreversíveis, consistindo basicamente na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir a fecundação do óvulo;
- 2)Foram apresentadas várias formas de abordagem da cirurgia para a realização da laqueadura tubária, a saber: laparoscópica, microlaparotomia, vaginal e pós-cesárea;
- 3)Essas técnicas cirúrgicas exigem anestesia, a qual será avaliada pelo serviço de Anestesiologia;
- 4)Foram disponibilizadas à paciente, informações sobre todos os outros 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;
- 5)Um futuro arrependimento da paciente não pode ser descartado, em decorrência de situações extraordinárias como morte do Cônjuge/Companheiro ou de seu filho, separação, novo casamento, dentre outras, e que, neste caso, **nenhuma solução referente à reversão da cirurgia poderá ser oferecida** ;
- 6)A ligadura tubária, à semelhança dos demais métodos contraceptivos, **não possui 100% de eficácia**, estando sujeita a um percentual de insucesso de aproximadamente 0,5% (possibilidade de gravidez);
- 7)A gravidez ectópica (fora do útero) embora ocorra remotamente, é uma possibilidade a ser considerada em pacientes que tenham se submetido a ligadura tubária;
- 8)Como em qualquer outro ato operatório, ao submeter-se à cirurgia de ligadura tubária a paciente está também sujeita a sofrer complicações e idiosincrasias, intra-operatórias e pós-operatórias, tais como: reações aos medicamentos administrados, hemorragias, lesões ou perfurações de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, infecções (abscessos de parede ou intracavitários, pelviperitonites), seromas, cistites, anemia, eventração, tromboembolismos, hematomas, paradas cardiorespiratórias, dentre outras;
- 9)Cada uma dessas complicações e o significado de seu nome técnico lhe foram detalhadamente explicada pelo médico assistente;
- 10)Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade, decorrente do próprio ato cirúrgico ou das condições vitais do paciente;
- 11)Se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício da paciente;
- 12)O tempo de hospitalização poderá estender-se além do programado;
- 13)Estando a paciente de posse do presente termo, lhe serão concedidos **60 (sessenta) dias, contados a partir desta data**, para novamente discutir com seu Cônjuge/Companheiro acerca da conveniência de se submeter ao procedimento cirúrgico de esterilização;
- 14)É do seu livre arbítrio a decisão a ser tomada, bem como que poderá desistir de realizar o procedimento cirúrgico em epígrafe, sem necessidade de apresentar qualquer explicação, podendo neste caso optar por outros métodos contraceptivos.

Consoante ao que vai acima exposto, declara estar plenamente satisfeita com as informações recebidas e perfeitamente inteirada do alcance e dos riscos inerentes ao tratamento cirúrgico de laqueadura



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

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-TCIRPMECLTB - V.6

Fase: Vigente

tubária.

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

Assinatura da Requerente: _____

Assinatura do(a) Cônjuge/Companheiro(a): _____

Assinatura das Testemunhas:

1ª _____ RG _____

2ª _____ RG _____

Termo de Declaração Médica

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

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

Termo de Confirmação

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

Data ___ / ___ / _____

Assinatura da Requerente

Assinatura do(a) Cônjuge/Companheiro/a