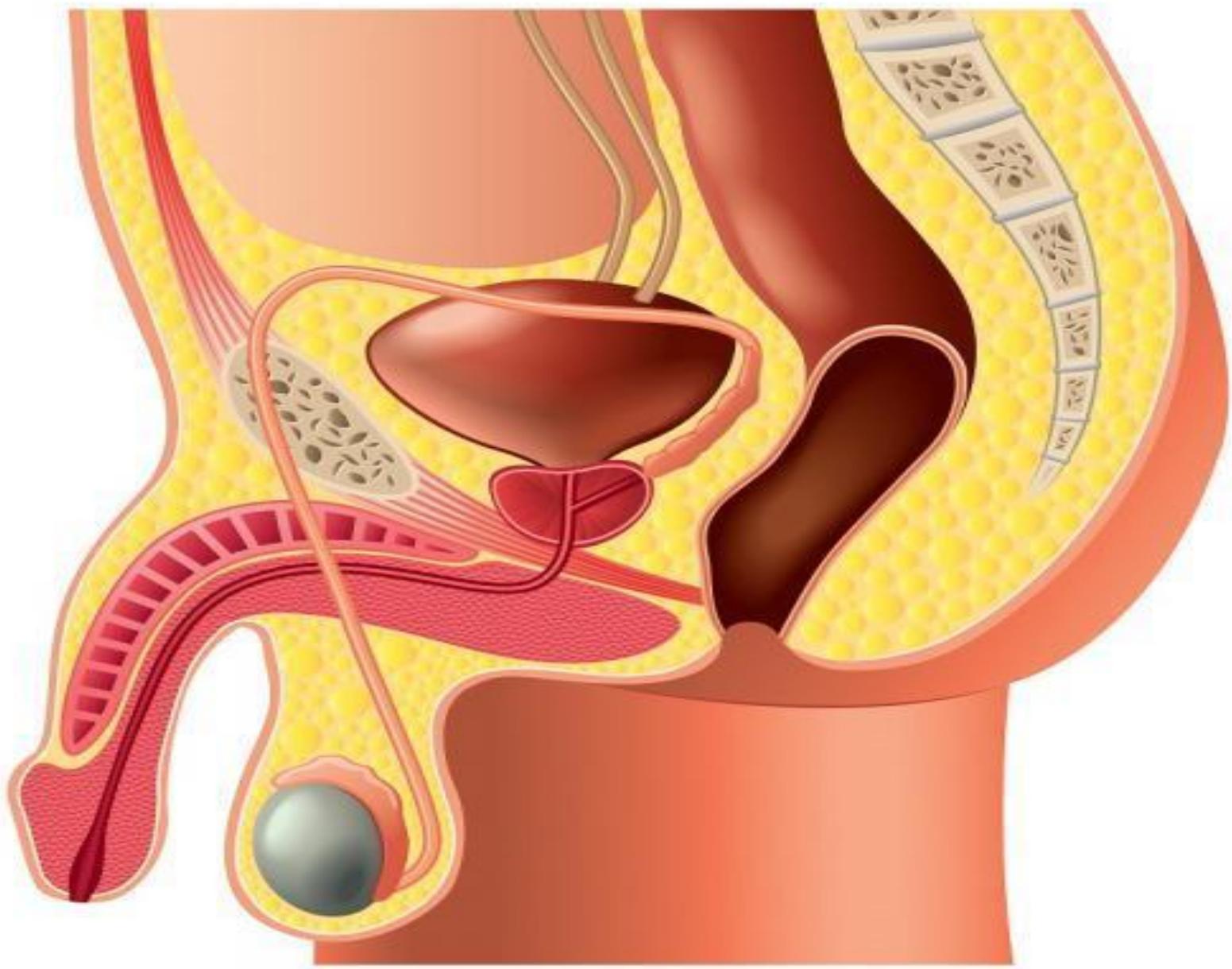


Vasectomy

HRT



Cuidados pré operatórios

- 1) Jejum ? Não , fazer dieta leve
- 2) Suspensão de medicação ? Não , exceto antiagregantes (AAS,etc) ou anticoagulantes(Marevan, etc)
- 3) Tipo de anestesia ? Local (Mantêm sensação Tátil)
- 4) Tempo de cirurgia ? 40 min a 01 hora
- 5) Complicações ? Infecções locais , sangramento, hematoma e orquite .

Cuidados pós- operatórios

- Repouso? 5 dias no mínimo
- Medicações? Analgésicos e antiflamatórios prescritos pelo médico no dia do procedimento .
- Cuidados locais ?
Limpeza(Água e sabão) ,
Pontos(Caem sozinhos) ,
Compressas geladas 30 minutos 3 vezes ao dia por 3 dias
- Abstinência ? 2 semanas
- Espermograma ? Após 30 ejaculações

Mitos

- Perda da ejaculação => Não
- Perda da ereção => Não
- Ganho de peso => Não
- Possibilidade de reversão : Espontânea (Raríssima)
Cirúrgica (Incerta)

VASECTOMIA



VASECTOMIA



VASECTOMIA



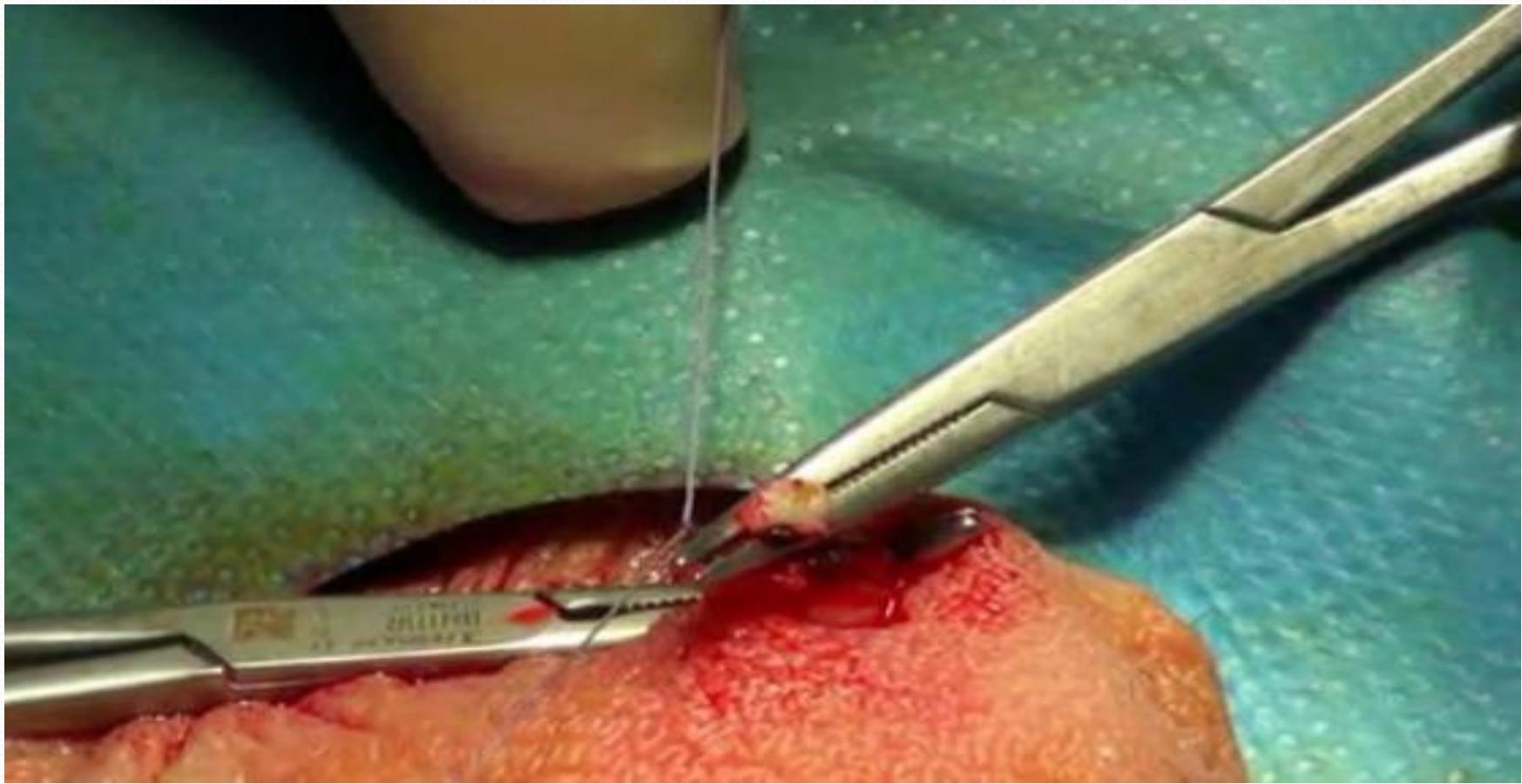
VASECTOMIA



VASECTOMIA



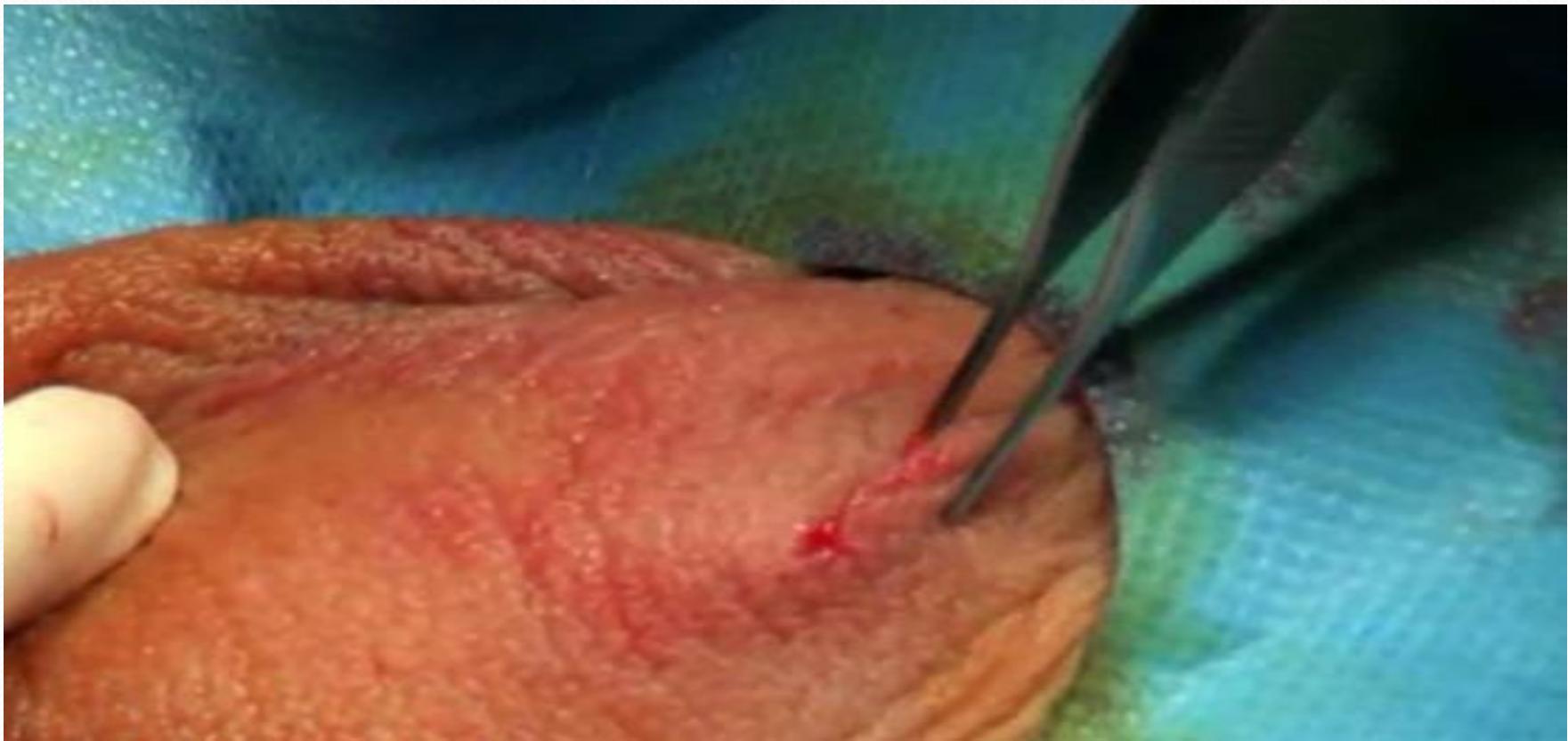
VASECTOMIA



VASECTOMIA



VASECTOMIA



Lei de planejamento familiar :

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.

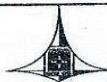
Modificada pela lei nº 14. 443 de 2022

- Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:
 - I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce.
 - II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.
 - § 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.
-

Lei de desburocratização

LEI Nº 13.726, DE 8 DE OUTUBRO DE 2018.

- Art. 3º Na relação dos órgãos e entidades dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios com o cidadão, é dispensada a exigência de:
 - I - reconhecimento de firma, devendo o agente administrativo, confrontando a assinatura com aquela constante do documento de identidade do signatário, ou estando este presente e assinando o documento diante do agente, lavrar sua autenticidade no próprio documento;
 - II - autenticação de cópia de documento, cabendo ao agente administrativo, mediante a comparação entre o original e a cópia, atestar a autenticidade;



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____,
Registro _____, portador(a) da carteira de identidade nº _____,
expedida pelo órgão _____, venho através deste TERMO, solicitar aos médicos
deste SERVIÇO, a realização de procedimento cirúrgico para **LIGADURA DE TROMPAS**
 VASECTOMIA

Declaro para os devidos fins, que:

- a) Fui informado (a) sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis, também eficazes e reversíveis;
 - b) estou ciente que esta cirurgia é, na prática, irreversível;
 - c) estou sendo alertado (a) para eventuais ocorrências da vida, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filhos, outro casamento ou posterior desejo de ter mais filhos;
 - d) devo **aguardar** pelo menos **60 dias** à partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, exceto em caso de emergência com risco de vida, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão sob orientação da equipe deste **SERVIÇO**;
 - e) fui informado (a) das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico, tais como: reações a drogas, parada cardio-respiratória, morte, dor pélvica, aderência pélvica, hemorragia, infecções, tromboembolia, arrependimento, distúrbio psicosexual (comumente relacionado à desinformação ou despreparo no momento da decisão) além de lesões e queimaduras de órgão ou gravidez fora do útero no caso de **LIGADURA DE TROMPAS**;
 - f) fui informado (a) que assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a **LIGADURA DE TROMPAS** / **VASECTOMIA**, também apresenta falhas, ocorrendo **01 (uma) gestação para cada 200 (duzentos) casos de LIGADURA DE TROMPAS** e **01 (uma) gestação para cada 250 casos de VASECTOMIA**;
 - g) quando fui orientada sobre **LIGADURA DE TROMPAS**, informaram-me que, ao menor sinal ou sintoma de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar a este **SERVIÇO**;
 - h) não haverá probabilidade de eu estar grávida no momento da **LIGADURA DE TROMPAS**, pois tomarei precauções no sentido de que tal fato não ocorra até o dia da cirurgia e se tiver dúvidas comunicarei o **SERVIÇO** para as devidas providências;
 - i) estou ciente de que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método anticoncepcitivo;
 - j) isento a equipe deste **SERVIÇO** de qualquer responsabilidade sobre a decisão que ora tomo e sobre riscos eventuais da cirurgia.

_____ de _____ de _____

Assinatura do (a) Paciente



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

C-1-NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2. GENES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

C3-NOME-DOPACIDENTE

50

CARTA N° PRONTUÁRIO

-5-CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

✓ 6- DATA NASCIMENTO

7. SEXO

-8-RACACOK

✓ 9. NOME DA MÃE

1281

10- TELEFONE DE CONTATO

II - NOME DO RESPONSÁVEL

EXERCISES

- 12 - TELEFONE DE CONTATO

(13-ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO))

14. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15- CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16-UF

- 17 - CE

- **Orientações para realização de vasectomia no HRT:**

- No dia agendado na matrícula , comparecer ao ambulatório podendo se alimentar e tendo realizado em casa a retirada de pelos da região genital.
- Trazer os seguintes documentos :
- Carteira de identidade ou equivalente legal.
- **Certidão de Nascimento dos Filhos , caso o paciente tenha menos de 21 anos de idade .**
- **Termo de consentimento informado e/ou ata de conferência médica** assinado de acordo com documento de identidade e datado pelo paciente (Data com no mínimo 60 dias anterior a realização da cirurgia) .
- **Laudo para solicitação/ autorização de procedimento ambulatorial**, com dados relativos ao paciente preenchidos de forma completa.