



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

ATA DE CONFERÊNCIA MÉDICA

Para realizar Esterilização Cirúrgica Laqueadura Tubária ou Vasectomia

Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, planejamento familiar; Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022

MOMENTO DA CIRURGIA:

NÃO SE APLICA () INTERVALO INTERPARTAL () TRANSPARTO () PÓS PARTO ()

Nome: _____,

Nacionalidade: _____, estado civil: _____, com ____ anos de idade,

Residente a _____ na cidade de _____.

Na data: ____ / ____ / ____ , os médicos abaixo assinados, inscritos no Conselho Regional de Medicina desta jurisdição, analisaram em conferência médica os dados clínicos do (a) paciente cima e concordaram com a realização da esterilização cirúrgica solicitada após conhecimento pelo(a) mesmo(a) das demais opções anticoncepcionais reversíveis, risco da cirurgia, possíveis efeitos colaterais e dificuldades de reversão.

Lavram, portanto, a presente ata em 3(três) vias:

Como expressão do consentimento informado, consciente e livre do ato médico o (a) paciente assina em todas as vias, bem como os médicos assistentes e conferencista.

Brasília, _____ de _____ de _____

Médico assistente

Médico conferencista

Paciente



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

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Para realizar Esterilização Cirúrgica Laqueadura Tubária ou Vasectomia

Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, planejamento familiar; Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022

Eu, _____,
registro _____, portador da Carteira de Identidade nº _____, expedida pelo
órgão _____, venho através deste termo solicitar aos médicos deste serviço a realização do
procedimento cirúrgico para: LAQUEADURA TUBÁRIA VASECTOMIA

Declaro para os devidos fins que:

- 1) Fui informado sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis, também **eficazes e reversíveis**.
- 2) Estou ciente que esta cirurgia é **irreversível** ou de **difícil reversão** em caso de arrependimento
- 3) Estou sendo alertada(o) sobre o risco de arrependimento em caso de imprevistos, tais como: separação, divórcio, viuvez, outro casamento, morte de filhos ou posterior desejo de ter mais filhos
- 4) Estou sendo alertada(o) sobre a possibilidade de mudança de projeto de vida em casos de ocorrências tais como: desejo de ter mais filhos ou constituição de novo relacionamento
- 5) Devo aguardar pelo menos 60 (sessenta) dias a partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, podendo ser adiado em caso de emergência com risco de vida, período em que terei para chance de refletir sobre minha decisão, sobre orientação da equipe deste serviço.
- 6) Fui informada(o) das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico, tais como: reações adversas ou alérgicas a drogas; parada cardiorrespiratória; morte; aderências pélvicas; dor pélvica crônica; hemorragia; infecções; tromboembolia; arrependimento; distúrbio psicossocial (comumente relacionado à desinformação ou despreparo no momento da decisão); lesões de órgãos como intérino e trato urinário; queimaduras; gravidez ectópica (fora da cavidade do útero).
- 7) Fui informado(a) que assim como os demais métodos anticoncepcionais, a LAQUEADURA TUBÁRIA ou a VASECTOMIA também apresentam falhas ocorrendo 1(uma) gestação para cada 200(duzentos) casos de vasectomia;
- 8) Quando fui orientada sobre a LAQUEADURA TUBÁRIA, informaram-me que quando houver suspeita de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar este serviço;
- 9) Estou ciente de que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato cirúrgico, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher outro método contraceptivo;
- 10) Entendo também, que o desejo de laqueadura não implica jamais a indicação de cesariana, haja vista as outras técnicas descritas para a laqueadura tubária pós parto que podem ser aplicadas no caso de parto vaginal, e que é proibido pela Lei realizar cesárea para fim exclusivo de esterilização;
- 11) Isento a equipe deste serviço de qualquer responsabilidade sobre a decisão que ora tomo.

Brasília, _____ de _____ de _____

Paciente

Conferido por (nome e matrícula)



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

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

da Atenção Primária à Saúde para realizar

Esterilização Cirúrgica Laqueadura Tubária ou Vasectomia

Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, planejamento familiar, Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022

Dados de identificação:

Nome da UBS de vinculação: _____

Data de manifestação na UBS: _____ / _____ / _____

Data do encaminhamento para realização do procedimento cirúrgico (mínimo de 60 dias após manifestação do desejo): _____ / _____ / _____

Nome da(o) paciente: _____

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ Idade: _____

Nº SES: _____ Nº CNS: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Telefone: _____

Critérios atendidos:

() Mulher ou Homem com capacidade civil plena;

() Maior de 21 anos, ou com pelo menos dois filhos vivos;

Número de filhos vivos: _____

() Incapaz com autorização judicial;

() Passou por aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce, informando dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos adversos, dificuldades ou impossibilidade de reversão e opções de contracepção com métodos reversíveis e reversíveis longa duração;

Métodos Contraceptivos usados anteriormente pela(o) paciente:

() Contracepção com dispositivo intrauterino.

() Contracepção com anticoncepcional hormonal oral.

() Contracepção com anticoncepcional hormonal injetável

() Uso de método de barreira.

() Uso de métodos naturais.

() Nenhum. Observações: _____

Aconselhamento e Orientações realizadas pela APS:

() Apresentação de método Contraceptivos reversíveis.

() Esclarecimento sobre riscos e complicações do método definitivo.

() Encaminhamento com Psicologia.

() Encaminhamento com Serviço Social (Assistente Social).

() Outros. Quais: _____

Assinatura e identificação dos profissionais da APS responsáveis pelas orientações (no mínimo 1);

Data: _____ / _____ / _____ : _____

Data: _____ / _____ / _____ : _____

Data: _____ / _____ / _____ : _____

Datas e nomes legíveis e sem rasuras