

Termo de Consentimento Pós-informado

Eu, Paciente Registro _____, portador(a) de carteira de identidade nº _____, órgão emissor _____, 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 de que esta cirurgia é, na prática, irreversível.
- c) estou sendo alertado(a) para eventuais ocorrências da vida, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, 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, hemorragias, infecções, tromboembolia, arrependimento, distúrbio psico-sexual (comumente relacionado à desinformação ou despreparo no momento da decisão) além de lesões e queimaduras de órgãos ou gravidez fora do útero no caso da ligadura de trompas.
- f) fui informado(a) que assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a () ligadura de trompas/() vasectomia também apresenta falhas, ocorrendo 1 gestação para cada 200 casos de ligadura de trompas e 1 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 anticonceptivo.
- j) isento a equipe deste Serviço de qualquer responsabilidade sobre a decisão que ora tomo e sobre os riscos eventuais da cirurgia.

Brasília,

Assinatura do(a) paciente