



## 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 anticonceptivo;
- 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