

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA CONTRACEPTIVA FEMININA

LAQUEADURA TUBÁRIA

Eu _____,
portadora do RGN° _____, CPF _____, residente e
domiciliada na Cidade _____ /MG, na Rua/Av. _____,
n° _____, idade _____ anos, mãe de
_____ filhos vivos, ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu
médico assistente _____, inscrito no CRM _____ sob o número _____,
manifesto o desejo de ser submetida à cirurgia contraceptiva definitiva feminina (laqueadura tubária) por
minha livre e espontânea vontade.

Estou ciente de que existe no Brasil a Lei n° 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (alterada pela Lei n° 14.443, de 02 de setembro de 2022) e normativas da Agência Nacional de Saúde (ANS), que tratam sobre o planejamento familiar, normatizando a cirurgia contraceptiva feminina, que, determina, entre outros, ser necessário um período de sessenta dias entre a manifestação de minha vontade e o ato cirúrgico, para que eu possa refletir sobre a contracepção definitiva.

Antes da cirurgia fui informada e aconselhada:

- A laqueadura tubária é um procedimento cirúrgico que consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, bloqueando a passagem do óvulo por este canal, impedindo que ocorra a gestação pois inibe a junção do espermatozoide ao óvulo. Este bloqueio será definitivo de maneira que não poderei gerar filhos naturalmente após a realização da cirurgia.
- Para realização deste procedimento existem várias formas de abordagem cirúrgica, podendo ser por via endoscópica (realizados 4 pequenos cortes no abdome), minilaparotomia (corte no abdome é semelhante ao da cesariana, porém menor); pós cesariana (no momento da realização da cesariana) e vaginal. O tipo de cirurgia a ser realizada será indicado pela equipe médica.
- Trata-se de uma cirurgia feita sob anestesia, cujo tipo será indicado após avaliação pelo serviço de anestesiologia do local onde será realizado o procedimento, de acordo com a via escolhida e com as condições de saúde da paciente.
- Se, no momento do ato cirúrgico, surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá alterar a via planejada ou mesmo suspender a intervenção programada.

As complicações que podem ocorrer são:

- Durante a cirurgia (intra-operatória): sangramento aumentado (hemorragia), lesões de órgãos (como bexiga e intestino), queimaduras por bisturi elétrico.
- Depois da cirurgia (pós-operatórias): podem ser leves, como acúmulo de líquido na região da incisão (seroma), hemorragia, anemia e infecções (como da ferida cirúrgica ou da bexiga) ou de maior gravidade

(excepcionais), como trombose, hematoma (sangramento interno), infecção da cavidade abdominal (pelviperitonite).

Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas ou ainda se eu tiver qualquer dúvida ou problema, devo entrar imediatamente em contato com o médico e/ou com a sua equipe.

- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
- A laqueadura não interfere na função sexual nem causa ganho de peso e/ou alterações hormonais.
- Apesar de a laqueadura tubária consistir em um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (5 em cada 1000) de ocorrer recanalização espontânea, permitindo que aconteça o encontro do óvulo e do espermatozoide levando ao retorno da fertilidade e a ocorrência da gravidez. Trata-se de evento raro mas possível de ocorrer independentemente da vontade ou técnica empregada.

Estou ciente de que existem outros métodos para evitar a gravidez que não são irreversíveis, como os naturais (tabelas, “mucocervical”, temperatura basal), de barreira (camisinha masculina e feminina, diafragma), hormonais (orais, injetáveis, implantes) e dispositivos intrauterinos.

Declaro ter sido informada de forma clara sobre a finalidade da coleta e utilização dos meus dados pessoais (sensíveis ou não), com fins únicos e específicos para tutela da saúde, no estrito e rigoroso cumprimento da legislação aplicável sobre a privacidade e proteção de dados, em especial a Lei nº 13.709/2018 e suas eventuais alterações e regulamentações complementares.

Declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento, tendo minha parcela de responsabilidade sobre a conduta adotada.

Estou ciente que anterior ao procedimento, a qualquer momento, e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Observação: O preenchimento completo deste Termo será em três vias originais, ficando uma arquivada no prontuário da paciente, outra, entregue a paciente ou responsável legal, e a terceira, a Unimed Divinópolis.

As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia deste Termo.

Cópias anexas:

- Carteira de Identidade;
- Certidões de Nascimento dos filhos.

Divinópolis, _____ / _____ / _____.

Beneficiário: _____



www.unimeddivinopolis.coop.br
Rua Itapeçerica, 427 - Centro
CEP.: 35.500-018 - Divinópolis/MG
Tel.: (37) 3229-5200



Médico (sob carimbo): _____

Médico (sob carimbo): _____

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de __/__/__ e não desejo realizar o procedimento para contracepção definitiva feminina (laqueadura tubária).

Local e data: _____

Beneficiária: _____

Médico (sob carimbo): _____