

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA CONTRACEPTIVA MASCULINA - VASECTOMIA

Eu _____,
portador do RG n° _____, CPF _____, residente e
domiciliado na Cidade _____/MG, na Rua/Av. _____
n° _____, idade ___ anos, pai de ___ filhos vivos, ciente dos esclarecimentos
prestados pelo meu médico assistente _____, inscrito no
CRM ___ sob o número _____, manifesto o desejo de ser submetido à cirurgia contraceptiva
definitiva masculina (vasectomia) 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 masculina que determina que é 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 informado e aconselhado:

- A vasectomia é um procedimento que bloqueia a passagem dos espermatozoides pelo canal deferente do testículo para a uretra, 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.
- Trata-se de uma cirurgia feita sob anestesia local (raras vezes, dependendo da condição do paciente pode ser necessária outra forma de anestesia); onde são feitos um ou dois cortes no escroto, que são no final fechados com pontos, podendo haver ou não a necessidade da retirada dos pontos, dependendo do tipo de fio utilizado na sutura.
- Se, no momento do ato cirúrgico, surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá suspender a intervenção programada.
- As possíveis complicações que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), queimaduras (por bisturi elétrico), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. 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.

- Após a cirurgia é necessário repouso em casa, colocando compressa de gelo no escroto por algumas horas. É possível retornar ao meu trabalho no dia seguinte e voltar a ter relações sexuais com uma semana.

- A vasectomia não interfere na função sexual nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil).

- É necessário utilizar outros métodos para evitar filhos até que se complete 25 ejaculações após a cirurgia, e realizar um exame de contagem de espermatozoides (espermograma) para confirmar a ausência dos mesmos no ejaculado. Apenas após a realização do espermograma e sua avaliação pelo médico é que os outros métodos contraceptivos poderão ser suspensos.

- Apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (15 em cada 10.000) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados, permitindo o 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 informado 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 satisfeito 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 do paciente, outra, entregue ao 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: _____

Médico (sob carimbo): _____

Médico (sob carimbo): _____

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de ___/___/___ e não desejo realizar o procedimento para contracepção definitiva masculina (vasectomia).

Local e data: _____

Beneficiário: _____

Médico (sob carimbo): _____