



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cirurgia de Vasectomia

24 horas



IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO		
Nome do Médico:		CRM:
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:	Data Nasc.:	
Endereço:	Telefone:	
CPF:	RG:	Estado civil:
Filhos: () Sim Quantos _____ () Não		
DADOS DA COMPANHEIRA/CÔNJUGE		
Nome:		
Endereço:	Telefone:	
CPF:	RG:	Estado civil:

Por este instrumento particular o paciente e sua companheira/cônjuge descritos acima, declaram, sob as penas da Lei, para dar cumprimento ao que determina o Artigo 226 da Constituição Federal (Planejamento familiar), regulamentado pela Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996 e para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM- _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "**Vasectomia**", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: a cirurgia de vasectomia visa a interrupção da fertilidade masculina, seccionando os ductos deferentes, interrompendo a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado. Tratando-se de uma cirurgia realizada sob anestesia local, através da qual, são feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, que são posteriormente suturados, podendo haver ou não a necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.

COMPLICAÇÕES:

Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos podem ocorrer complicações, mas essas são raras:

- 1- Hematoma (acúmulo de sangue) de bolsa escrotal;
- 2- Equimoses (manchas escuras) de bolsa escrotal / pênis;
- 3- Dor e edema (inchaço) da bolsa escrotal / pênis;
- 4- Infecção;
- 5- Recanalização espontânea, ocorrendo novamente à passagem de espermatozóide (01 em cada 2.000 cirurgias), dentre outras.

OBSERVAÇÕES:

- 1- Obrigatório realizar espermograma após uma média de 25 ejaculações para comprovar a ausência de espermatozoides.
- 2- Não causa impotência sexual (disfunção erétil).
- 3- Fui informado, ainda que apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe a possibilidade (1 em cada 2000 cirurgias) de ocorrer a recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar a gravidez
- 4- Ocorrendo qualquer complicação ou ainda se tiver dúvida, a orientação é entrar em contato com o médico e/ou a sua equipe que realizou a cirurgia.
- 5- Existe uma lei no Brasil que normatiza a operação cirúrgica contraceptiva masculina e que esta lei determina que seja necessário que eu tenha 60 dias para pensar, juntamente com a companheira, sobre os efeitos da cirurgia.

CBHPM - _____

CID - _____

Infecção relacionada à assistência à saúde:

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o resultado do tratamento pode obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Foi informado e compreendeu que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omitiu em relação a saúde e que esta declaração passará a fazer parte da clínica, como também ficará na guarda pessoal do (a) médico (a) assistente, ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

Diante do exposto e para que produza os efeitos legais, eu, _____, com _____ filhos, _____ anos, estou ciente dos esclarecimentos acima e manifesto que desejo ser submetido à cirurgia contraceptiva masculina por minha livre e espontânea vontade.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assina o presente termo, recebendo cópia.

Barra do Piraí-RJ, _____ de _____ de 20 ____.

(Assinatura do(a) paciente)

(Assinatura da companheira/cônjuge)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e firmado.

Barra do Piraí-RJ, _____ de _____ de 20 ____.

Carimbo e assinatura do(a) médico(a) responsável

Código de Ética Médica

Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei nº 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor:

Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas:

VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

Lei nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996 – Planejamento Familiar

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.