

Identificação do Paciente

Nome: _____ Idade: _____

Identidade nº: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____

Estado Civil: _____ Número de Filhos: _____ Tempo de União: _____

Identificação do Cônjuge ou Companheiro

Nome: _____ Idade: _____

Identidade nº: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____

Por este termo, em plena capacidade de discernimento, manifesto a vontade de me submeter, por livre e espontânea vontade, ao procedimento cirúrgico de VASECTOMIA (Cirurgia Esterilizadora), declarando, para os devidos fins, que fui informado pelo médico Dr. _____, inscrito no CRM-RJ n. _____, e concordo sobre o seguinte:

1-A VASECTOMIA é um método cirúrgico de interrupção permanente e definitiva da fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado. A operação poderá ser feita sob anestesia local, podendo ser utilizada outra forma de anestesia, caso necessário, a critério médico.

2-Conforme as regras de planejamento familiar previstas na Lei n. 9.263, de 12 de janeiro e 1996:

a-) entre a data da manifestação de minha vontade (através da assinatura deste documento) e a data do procedimento cirúrgico deverão se passar, no mínimo, 60 dias;

b-) não será aceita a minha manifestação de vontade se eu estiver sob influência de álcool, drogas, estado emocional alterado ou em estado de incapacidade mental temporária ou permanente.

c-) na vigência de sociedade conjugal, o consentimento deve ser fornecido por mim e também pela minha cônjuge ou companheira, de acordo com o artigo 10, parágrafo 5º, da Lei n. 9.263, de 12 de janeiro e 1996;

d-) deverei apresentar relatório de avaliação psicológica, que ateste minha capacidade de discernimento, estado emocional e capacidade mental.

3-Existem outros métodos alternativos à minha disposição para evitar gestações, tais como preservativo, coito interrompido, DIU, pílulas anticoncepcionais, tabela contraceptiva e todos os demais métodos naturais e de barreira.

4-Como todo procedimento cirúrgico, há o risco excepcional de mortalidade, que pode ocorrer em razão do próprio ato cirúrgico e de minha situação vital. Acontecendo algum imprevisto, estou ciente e concordo que a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

5-As complicações advindas do procedimento cirúrgico podem ser: hematoma (sangramento interno), queimaduras por bisturi elétrico, seroma (acúmulo de líquido abaixo da pele), aparecimento de manchas escuras no escroto e no pênis (equimoses), dor ou infecção. No caso de aparecimento de um desses sintomas ou qualquer outra situação não prevista nesse item, deverei informar ao médico imediatamente e retornar ao Hospital Di Camp ou, se não for possível, procurar atendimento médico.

6-Apesar de ser possível a realização de cirurgia posterior para a tentativa de reversão da VASECTOMIA, visando a recanalização dos ductos deferentes, a chance de sucesso dessa cirurgia e do retorno de minha fertilidade será muito baixa, inferior a 30%. Não recomendamos este procedimento.

7-Posteriormente à realização do procedimento de VASECTOMIA, somente poderei voltar a ter relações sexuais sem risco de gravidez quando o exame de espermograma acusar ausência de espermatozóides.

7.1-Existe a pequena possibilidade de, mesmo após a cirurgia de VASECTOMIA, ocorrer a recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozóides de um ducto para o outro, permitindo assim a fertilidade com possível gravidez indesejada. Trata-se de evento raro, mas possível de ocorrer independentemente da vontade ou da técnica empregada.

8-Por força do artigo 11 da Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, a realização do procedimento de VASECTOMIA será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde (SUS).

9-É do meu livre arbítrio a decisão sobre a realização da cirurgia de VASECTOMIA e **poderei desistir de realizar o procedimento cirúrgico a qualquer momento, sem a necessidade de apresentar qualquer tipo de explicação.**

Confirmo que recebi, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e declaro que fui informado a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de reversão e outras opções de contracepção reversíveis existentes, tendo sido esclarecidas todas as minhas dúvidas. Dessa forma, **CONSINTO que se realize o procedimento de VASECTOMIA**, sendo o presente termo a prova de minha aceitação ao tratamento proposto.

Nome legível: _____

Assinatura: _____ Identidade: _____

Rio de Janeiro ____/____/____ Hora: ____:____

Nome Cônjuge ou Companheiro: _____

Assinatura: _____ Identidade: _____

Rio de Janeiro ____/____/____ Hora: ____:____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento cirúrgico ao paciente acima identificado e ao seu cônjuge ou companheiro sobre os benefícios, riscos e alternativas, bem como sobre riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de reversão e outras opções de contracepção reversíveis existentes, bem como sobre o preparo necessário, tendo respondido às perguntas formuladas. De acordo com o meu entendimento, o paciente está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

Termo de acompanhante/ responsável/ representante legal do paciente

Eu, _____ Identidade: _____
declaro que recebi e entendi as orientações quanto aos cuidados pós anestesia/ sedação e responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento realizado no Hospital Di Camp.

Rio de Janeiro ____/____/____ Hora: ____:____ Assinatura: _____