 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DA PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DA PACIENTE:
IDADE DA PACIENTE:
NÚMERO DE FILHOS QUE A PACIENTE POSSUI:
MÉDICO:
CRM:


Eu, paciente acima identificada, no pleno gozo de minha faculdade mental e ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu médico, manifesto o meu desejo de ser submetido à cirurgia de LAQUADURA TUBÁRIA por minha livre e espontânea vontade e, por isso, AUTORIZO o médico que atua no Hospital Bruno Born e sua equipe a realizar esse procedimento cirúrgico.

SOB AS PENAS DA LEI, DECLARO QUE:

1. Possuo mais de 21 anos de idade ou, pelo menos, possuo dois filhos vivos;
2. Estou ciente que o procedimento cirúrgico de Laqueadura Tubária somente poderá ser realizado após decorrido o prazo de 60 dias da data da minha manifestação de vontade por meio deste documento, contados do reconhecimento de firma em TABELIONATO;
3. Ter recebido aconselhamento multidisciplinar prévio.

DECLARO AINDA QUE FUI INFORMADA QUE:

4. A cirurgia de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir a gravidez, ou seja, não poderei mais ter filhos após essa cirurgia;
5. Para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia: *Laparoscópica – cirurgia realizada por meio de 4 pequenos cortes realizados no abdome; Microlaparotomia – que é semelhante a uma cesárea; Vaginal – cirurgia realizada pela vagina; Pós-cesárea – laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea;*
6. A cirurgia necessita de prévio procedimento de anestesia, a qual será avaliada e escolhida pelo médico anestesista;
7. Embora o método de Laqueadura Tubária seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, SUA EFETIVIDADE NÃO É 100% GARANTIDA. Estou ciente que existe uma porcentagem de falha de 0,41% que independe do paciente ou do médico, porque o próprio organismo da paciente pode se regenerar e reverter a Laqueadura Tubária, em processo natural.

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Em razão disso, DECLARO que estou ciente que NÃO HÁ GARANTIA de que a LAQUEADURA TUBÁRIA será INFALÍVEL como método contraceptivo, motivo pelo qual declaro que estou ciente que é FUNDAMENTAL o uso de métodos contraceptivos associados a esta, tais como, o uso de preservativo e de pílula, para uma maior efetividade em evitar uma gravidez inesperada;

8. Estou ciente que, como toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente. Isso significa que em qualquer procedimento cirúrgico existe o risco de MORTE, inclusive, no ato de laqueadura;

9. As complicações que poderão surgir são: *intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico e pós-operatórias leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia e outras), bem como graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombozes, hematomas, pelviperitonites, hemorragia e outras), perfuração de órgãos.* Não se excluem outras complicações, não previstas aqui, além de dor e redução parcial ou total da capacidade para o trabalho;

10. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar, suspender ou modificar a técnica cirúrgica programada, conforme melhor técnica e recursos disponíveis no local do atendimento;

11. Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os métodos de barreira, anticoncepção hormonal, contracepção intra-uterina, métodos naturais, uso de preservativo (“camisinha”);

12. Não poderei manter relações sexuais pelo prazo de 14 dias após a cirurgia;

13. Deverei retornar ao médico no prazo de 7 a 14 dias para reavaliação;


14. A esterilização será notificada à direção do Sistema Único de Saúde (SUS);

15. Para comprovação do meu estado civil devo apresentar cópia autenticada da minha certidão de casamento ou da declaração de união estável. Devo também apresentar cópia da carteira de identidade e da certidão de nascimento os filhos;

16. Devo cumprir integralmente as orientações médicas que me foram prescritas e que devo buscar imediatamente atendimento médico, após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, como, por exemplo, febre (+ de 38º), sangramento ou secreção pela incisão, dor abdominal, etc.;

17. Estou ciente que após a alta hospitalar a paciente necessita evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para realizar isso por parte do seu médico, bem como que a não observância disso poderá causar agravo à sua saúde.

18. Se a evolução do quadro de saúde colocar a vida da paciente em risco, estou ciente, de acordo e autorizo a adoção dos procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis na

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

tentativa de afastar o perigo de MORTE apurado, inclusive, a realização de transfusão de sangue e hemoderivados.

19. Declaro que compreendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, e esclareci todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que a qualquer momento anterior ao procedimento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, posso revogar o consentimento que agora presto e não realizar o procedimento. Assim, declaro que estou plenamente satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do procedimento cirúrgico que irei me submeter; riscos os quais declaro que assumo conscientemente neste ato.

Nessas condições, AUTORIZO a realização de LAQUEADURA TUBÁRIA, inclusive quanto aos procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergenciais, por meio dos recursos disponíveis no local onde se realiza o procedimento.

Lajeado, ____ de _____ de _____.

Assinatura da Paciente

Testemunhas:

Nome:
CPF/RG:

Nome:
RG/CPF:

**A assinatura da paciente deverá ser reconhecida em Tabelionato. A partir da data do reconhecimento da assinatura é que iniciará a contagem do prazo de 60 dias. Uma via deste documento deverá ficar arquivada junto ao prontuário da paciente.*

Eu, Dr(a): _____, CRM _____, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura