

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

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

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 <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO          PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA          TUBÁRIA</b>	
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 <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO          PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA          TUBÁRIA</b>	
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