

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

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

Eu, paciente acima identificado, 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 VASECTOMIA 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, dois filhos vivos;
2. Estou ciente que o procedimento cirúrgico de vasectomia somente poderá ser realizado após decorridos o prazo de 60 dias da data da minha manifestação de vontade por meio deste documento;
3. Ter recebido prévio aconselhamento multidisciplinar.

DECLARO AINDA QUE FUI INFORMADO QUE:

4. A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção permanente e definitiva da fertilidade masculina, causada pelo fechamento dos canais deferentes (responsáveis pela condução do espermatozóide do local onde estão armazenados após a sua produção pelos testículos), interrompendo, assim, a passagem dos espermatozóides para o líquido ejaculado. Após a vasectomia, a ejaculação continua normal, mas ela ocorrerá sem a presença de espermatozóides, após a confirmação da efetividade da cirurgia;
5. 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. Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso a condição clínica assim requeira, conforme avaliação e escolha pela equipe de anestesistas;
6. As complicações que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou 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 em contato com meu médico ou sua equipe, imediatamente;

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

7. Apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (1 em cada 2000 cirurgias) de ocorrer a recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um coto do canal para o outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez. Trata-se de evento raro, porém possível de ocorrer independentemente da vontade ou técnica cirúrgica empregada, por condições inesperadas do organismo do paciente.

Em razão disso, declaro que estou ciente que a VASECTOMIA NÃO POSSUI EFETIVIDADE 100% GARANTIDA como método contraceptivo, motivo pelo qual declaro que estou ciente que é FUNDAMENTAL o uso de métodos contraceptivos associados, tais como, o uso de preservativo, para uma maior efetividade em evitar uma gravidez inesperada;

8. A cirurgia de vasectomia não interfere na função sexual e não causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais frequentemente em homens vasectomizados;

9. Só poderei retomar a atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides na ejaculação. Isso só ocorre em geral após uma média de 25 ejaculações, que é o número necessário para esvaziar o trato genital, que está à frente do local onde ocorreu o fechamento dos canais deferentes. Durante esse período devo usar métodos anticoncepção caso queira evitar a gravidez. Ainda, devo manter abstinência sexual por pelo menos 4 dias, ou mais se ainda sentir dor;

10. 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 perda da vida;

11. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;

12. Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis, os quais foram detalhados, e fui orientado sobre a importância do uso de preservativo (“camisinha”);

13. Deverei retornar ao médico no prazo de 7 a 14 dias para reavaliação e que a esterilização será notificada à direção do Sistema Único de Saúde (SUS);

14. 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;

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

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

**16.** 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, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento, e que assumo por completo os riscos inerentes ao procedimento.

Nessas condições, AUTORIZO que se realize a cirurgia de VASECTOMIA por meio dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza o procedimento.

Lajeado, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Paciente**

**Testemunhas**

\_\_\_\_\_  
 Nome:  
 CPF:

\_\_\_\_\_  
 Nome:  
 CPF:

*\*A assinatura do 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.*

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

\_\_\_\_\_  
**Médico(a) – Assinatura**