



**Encaminhamento da APS para realização de Laqueadura Tubária/
Vasectomia LEI Nº 9.263 DE 12 DE JANEIRO DE 1996/ PORTARIA Nº 48 DE 11 DE
FEVEREIRO DE 1999/ Lei nº 14.443 de 02/09/22**

1- Dados Gerais UBS: _____ Telefone para contato com a
UBS: _____

Data da manifestação da vontade na UBS: _____ Data do encaminhamento
para realização do procedimento cirúrgico (mínimo de 60 dias após manifestação
vontade): _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Cartão SUS: _____ Situação Conjugal: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ telefone: _____

2- Critérios para autorização:

1- () Mulher ou Homem com capacidade civil plena;

2- () Ser maior de 21 anos ou, pelo menos com dois filhos vivos;*

3 () Incapaz com autorização judicial;

4- () Passou por aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a
esterilização precoce, informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais,
dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

*Nº de filhos vivos: _____

5- Parecer médico quanto as condições de saúde da paciente:

Médico Responsável: _____ CRM: _____

Assinatura Médico

6-Parecer da Equipe da APS Métodos Contraceptivos usados anteriormente pelo solicitante:

() Contracepção intra uterina: _____

() Métodos barreira: _____

() Anticoncepcional hormonal oral: _____

() Anticoncepcional hormonal injetável: _____

() Métodos naturais. () nenhum

7- Aconselhamento/Orientações realizadas pela equipe:

() Apresentação de métodos contraceptivos reversíveis;

() Esclarecimento sobre riscos e complicações do método definitivo;

() Esclarecimento sobre a dificuldade de reversão do método definitivo;

() Outros.

Quais: _____

8-CONCLUSÃO:

Toledo ____ de ____ de ____.

Assinatura dos profissionais da APS responsáveis pelas orientações

Assinatura do(a) paciente