



**DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
OBRIGATORIAMENTE NECESSÁRIO PARA CIRURGIA DE
LAQUEADURA TUBÁRIA BILATERAL.**

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Fundamentação legal Lei n. 9.263 de 12/01/96; Portaria nº48 de 11/02/99 e Lei nº 14.443 de 02/09/22

Eu, _____ Estado Civil _____
Portadora do RG nº _____ CPF nº _____ Data de
Nascimento ____/____/____
Residente: _____ nº _____

Na cidade Toledo, Estado do Paraná. Desejo fazer cirurgia de LAQUEADURA TUBÁRIA.

DECLARO para todos os fins de direito, que estou ciente das exigências da Lei n. 9.263/96 e Lei nº 14.443/22, quanto à cirurgia que pretendo realizar, conforme segue:

- 1- Estou em gozo de minha plena capacidade civil;
- 2- Sou maior de 21 (vinte e um) anos de idade e/ou tenho pelo menos dois filhos vivos;
- 3- Estou ciente de que deverei observar o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;

4 - Declaro para todos os fins de direito que estou manifestando neste ato, a minha vontade de me submeter à cirurgia acima indicada e que recebi informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, irreversibilidade do método e opções de contraceptivos reversíveis existentes;

5 - Estou ciente do ato cirúrgico que será realizado e de suas possíveis consequências;

6 -Estou ciente de que não será considerada a esterilização de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura), durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alteradas ou incapacidade mental temporária ou permanente. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

ESCLARECIMENTO MÉDICO:

Declaro que o Dr. _____ CRM nº _____ Informou-me que, sendo minha vontade buscar uma contracepção definitiva, seria conveniente e indicado proceder A INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA BILATERAL.

Esclareceu-me que:

1- A intervenção de laqueadura tubária consiste basicamente na INTERRUPÇÃO DA CONTINUIDADE DAS TROMPAS DE FALÓPIO, com o objetivo de impedir uma nova gravidez;

2-Para realização da técnica existem várias formas de abordagem cirúrgica: a) Laparoscópica; b) Minilaparotomia; c) Vaginal; d) Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea);

3- Esta técnica necessita de anestesia;

4- Sua eficácia é de 99 a 99,8% com índice de Pearl de 0,5 ou menos de falhas por 100 mulheres por ano;

5- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente;

6 – As complicações que poderão surgir são: a) Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico: b) Pós-operatórias: • Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia, etc.); • Graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombose, hematomas, pelviperitonites, sépsis, hemorragias), perfurações de órgãos;

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

8-Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis: • Método de barreira (preservativo masculino e feminino, diafragma, etc); • Anticoncepção hormonal (pílula, injetáveis, implantes); • Contracepção intra-uterina (DIUs); • Métodos naturais (tabelinha - Método Billings).

DECLARO que entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto, antes que o procedimento objeto deste documento se realize. Assim, declaro agora que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tal razão e nestas condições,

CONSINTO que se realize a INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA PROPOSTA.

Toledo, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Paciente

Assinatura do médico

Observação:

Preenchimento completo deste termo em três vias, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra entregue ao paciente, e a terceira será entregue ao serviço especializado que realizará a cirurgia.