

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO / MANIFESTAÇÃO DA VONTADE PARA
ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA – VASECTOMIA**

Eu, _____, _____ anos,
RG _____, órgão emissor _____, CPF _____ venho por meio deste TERMO,
solicitar a realização de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina: VASECTOMIA

Informo que fui esclarecido por meio de consultas de enfermagem, psicologia e médica com orientações preventivas e educativas sobre os meios e as técnicas disponíveis para a regulamentação da fecundidade e seus riscos, bem como a Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, que regulamenta a Saúde Reprodutiva, DECLARO que:

1. A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção da fertilidade masculina, causada pela secção dos vasos deferentes, interrompendo a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado;
2. Trata-se uma operação feita sob anestesia local, podendo utilizar outras formas de anestesia caso minha condição clínica necessite;
3. São realizados dois cortes no escroto que serão posteriormente costurados, podendo haver ou não a necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado;
4. As complicações raras que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno); equimoses (aparecimento de manchas escuras no escroto e ou no pênis); dor ou infecção. Caso essas situações ocorram ou outras que não foram descritas, ou em caso de dúvida ou problema, devo entrar em contato com meu médico e/ou sua equipe;
5. Apesar de haver a possibilidade da reversão futura da vasectomia (recanalização do ducto deferente), quanto maior o tempo de interrupção desse ducto, menor o índice de sucesso para adquirir a fertilidade;
6. Apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (1 em cada 2000 operações) de ocorrer a recanalização espontânea, ou seja, ocorre a passagem do espermatozoide de um ducto para o outro, com o retorno da fertilidade;
7. O método não interfere na função sexual nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra em homens vasectomizados;

8. O paciente só poderá retomar sua atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção quando o resultado do espermograma identificar ausência de espermatozoide.
9. Recomenda-se que o exame de quantificação de espermatozoides (Espermograma), seja realizado após a 25ª ejaculação. Enquanto isso, faz-se necessário o uso de métodos contraceptivos.
10. Caso ocorra qualquer uma das situações supracitadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e/ou Instituição que realizou o procedimento, pois o escolhi de minha livre e espontânea vontade.

Portanto, declaro estar em pleno domínio da minha capacidade civil e de discernimento, sem estar sob efeito de drogas, alcoolizado ou emocionalmente alterado.

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do requerente

Assinatura do cônjuge / parceiro(a)

Número do RG

Número do RG

ASSINATURA DAS TESTEMUNHAS

Testemunha I

Testemunha II

Grau de parentesco

Grau de parentesco

Número do RG

Número do RG

Araucária, _____ de _____ de 20____

DOCUMENTAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA – VASECTOMIA

1 – Solicitação de esterilização cirúrgica

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Procedimento: _____

Local: _____

Data: ____/____/____

1º Exames realizados na Consulta com Enfermeiro

Realizado teste rápido para detecção da Sífilis SIM ☐ NÃO ☐

Realizado teste rápido para detecção de anticorpos ANTI-HIV SIM ☐ NÃO ☐

Realizado teste rápido para detecção de antígenos para Hepatite B e C SIM ☐ NÃO ☐

*Laudo dos Testes Rápidos em posse do paciente.

Assinatura do Enfermeiro

2º Parecer do Psicólogo da Atenção Primária ou pela Saúde Suplementar

Assinatura do Psicólogo

3º Parecer médico do serviço de Atenção Primária Solicitante

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura do médico e carimbo

4º Parecer médico do serviço de Referência Credenciada

Local: _____ Data: ____/____/____

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura do médico e carimbo

Assinatura do paciente

Data Cirurgia: ____/____/____

1ª via: - Serviço de referência credenciado – deve ser mantida anexada ao prontuário médico hospitalar.

1ª via: - Unidade de Saúde de origem deverá scanear nos anexos do prontuário do paciente.

2ª via: - Deve ser entregue à paciente.