

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

Eu, _____, _____ anos,
RG _____, órgão emissor _____, CPF _____ venho por meio deste TERMO,
solicitar a realização de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina: LAQUEADURA
TUBÁRIA (LT).

Informo que fui esclarecida 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. Fui informada sobre os outros métodos disponíveis, também eficazes e reversíveis;
2. Fui alertada sobre os riscos de arrependimento, principalmente em condições de instabilidade conjugal e fortes emoções, tais como: separação; divórcio; viuvez; morte de filho; outro casamento ou posterior desejo de procriar bem como melhora da condição socioeconômica;
3. Devo aguardar, pelo menos, 60 dias a partir da data da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão, receber orientações dos profissionais de saúde, bem como sanar dúvidas sobre o procedimento a qualquer momento;
4. Estou ciente que não poderei realizar a LT nos períodos pós-parto ou aborto, exceto nos casos de risco a vida comprovados;
5. Fui informada das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reação aos medicamentos – choque anafilático pós-anestésico; parada cardiorrespiratória, infecções, morte, hemorragias, infecções;
6. Fui informada de que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a LT pode apresentar falhas e não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis;
7. Fui informada que ao menor sinal de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar este serviço;
8. Estou ciente existem riscos de gravidez após a laqueadura, por recanalização das trompas uterina, gravidez tubária e alterações do ciclo menstrual;
9. Fui informada da dificuldade de reversão cirúrgica;
10. Estou ciente que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo;
11. 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, alcoolizada ou emocionalmente alterada.

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

_____ Assinatura da 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 – LAQUEADURA

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	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
Realizado teste rápido para detecção de anticorpos ANTI-HIV	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
Realizado teste rápido para detecção de antígenos para Hepatite B e C	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>

***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.