

Termo de consentimento informado para realização da vasectomia

Eu, _____, portador da identidade nº _____, CPF nº _____, com _____ anos (idade), com _____ filho(s), manifesto o desejo de ser submetido ao procedimento da vasectomia por minha livre e espontânea vontade.

Autorizo o Dr. _____ e/ou seus assistentes a realizar o referido procedimento por minha livre e espontânea vontade.

Além disso, declaro estar ciente de que:

Entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos 60 dias, conforme Resolução Normativa nº 167 da ANS.

Que a vasectomia é um método cirúrgico de interrupção permanente e definitiva da fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado.

Que se trata de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso a condição clínica assim o requeira. 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.

Que eventuais complicações podem ocorrer. São elas: hematoma (sangramento), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção (febre). 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 e/ou com a sua equipe.

Que, apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (uma em cada duas mil cirurgias) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, acontecer a passagem dos espermatozoides de um coto do ducto para o outro, estes voltarem a ser ejaculados, e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez. Trata-se de evento raro, mas possível, independentemente da vontade ou técnica empregada.

Que após a operação devo ficar em repouso. Que posso retornar ao trabalho no dia seguinte e ter relações sexuais a partir de uma semana depois da realização do procedimento. Ainda sobre as relações sexuais após a operação, estou ciente de que devo continuar utilizando outros métodos contraceptivos até que se complete 25 ejaculações e que tenha realizado um espermograma que aponte ausência de espermatozoides, o que deve ser constatado pelo médico que avaliar o meu exame.

Estou ciente de que a operação de vasectomia é definitiva, e o procedimento de reversão não é seguro para todos.

Declaro ainda que eu e minha esposa/companheira recebemos orientação com relação a outros métodos contraceptivos, tais como uso de camisinha, DIU, pílulas anticoncepcionais e tabela.

Após ter recebido todas as informações necessárias, declaro que participei do processo de decisão a respeito do meu tratamento e que tenho parcela de responsabilidade sobre a conduta adotada. Este formulário atesta minha aceitação ao tratamento proposto.

Tenho ciência, conforme disposto na Resolução Normativa nº 167 da ANS e na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que a esterilização será objeto de notificação à Direção do Sistema Único de Saúde, bem como, para comprovação do meu vínculo conjugal, de que devo apresentar cópia autenticada da minha certidão de casamento ou de declaração de união estável.

Local: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente

Assinatura da esposa

Testemunhas:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

