

Anexo 07 – Termo de Consentimento Livre Informado – Esterilização Cirúrgica Eletiva Feminina – Laqueadura Tubária.

Eu, _____, _____ anos, portador do RG _____, órgão Emissor _____, CPF _____, ecartão nacional do SUS _____, venho por meio deste Termo de Consentimento Livre Informado, autorizar a realização de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina: LAQUEADURA TUBÁRIA.

Informo que fui esclarecida por meio de reuniões, consulta de enfermagem e médica, orientações preventivas e educativas sobre os meios e técnicas disponíveis para a regulamentação da fecundidade e seus riscos, bem como a Lei nº 9.263/1996 alterada pela Lei nº 14.443, de 02 de setembro de 2022, que regulamenta o Programa de Planejamento Familiar **DECLARO** que:

1. Fui informada sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis, também eficazes e reversíveis;
2. Fui comunicada que a intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas ou retirada das mesmas (salpingectomia), com o objetivo de impedir gravidez, e que para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia:
 - **Laparoscópica** – cirurgia realizada por meio de 3 ou 4 pequenos cortes realizados no abdome;
 - **Laparotomia** – cirurgia realizada pelo abdome semelhante a cesárea;
 - **Peri umbilical** – após parto vaginal, respeitando a Golden hour e a involução uterina pois neste período a altura uterina estará adequada para a realização do procedimento;
 - **Vaginal** – cirurgia realizada pela vagina;
 - **Peri-cesárea** – laqueadura tubária realizada oportunamente durante a cesariana no momento da cesárea previamente indicada por motivo obstétrico.
3. Entendo que a realização de cesariana com intuito de realização de esterilização feminina continua sendo proibida por lei;
4. A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto, será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas;
5. Estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível e que o SUS não realiza cirurgia de reversão;
6. Fui alertada sobre o risco de arrependimento, principalmente em condições de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de procriar bem como melhora da condição socioeconômica;
7. Estou ciente de que, devo aguardar, pelo menos, **60 dias** a partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão, receber orientação da equipe deste serviço, bem como sanar dúvidas sobre o procedimento em qualquer momento;
8. Fui informada das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reação adversa e alergia às drogas utilizadas no ato cirúrgico e complicações durante o procedimento cirúrgico, como parada cardiorrespiratória, morte, hemorragias, lesões de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico e pós cirúrgicas como infecções, dor e sangramento;
9. Fui informada de que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a Laqueadura Tubária (LT) pode apresentar falha de 0,41% que independe da paciente ou médico, e estou ciente de que o método em questão, não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis;
10. Fui informada de que, ao menor sinal ou sintoma de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar este Serviço;

Estou ciente de 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;

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;

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi, e aceitei, comprometendo-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo/a médico/a, estando ciente de que a não observância das orientações, poderá acarretar riscos e efeitos colaterais para eu mesmo.

Portanto, declaro estar em pleno domínio de minha capacidade civil e de discernimento, sem efeito de drogas, álcool, ou emocionalmente alterado. Assim, declaro que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos do procedimento de laqueadura tubária cirúrgica, e por tal razão consinto que se realize a referida intervenção cirúrgica.

O presente Termo de Consentimento Livre Informado, tem validade legal indeterminada, desde a sua assinatura, e poderá ser revogado a qualquer momento mediante manifestação expressa do usuário e/ou responsável legal, em qualquer momento antes da realização do procedimento, sem prejuízo legal ou restrição ao acesso a outro método.

Para que produza os efeitos legais, assino o presente termo em três vias com igual teor e validade, recebendo uma das cópias.

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do (a) paciente	Assinatura do (a) médico responsável
Nome:	Nome:
RG:	RG:
CPF:	CPF:

Joinville (SC): _____ de _____ de _____ Hora: _____ :

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento a que o usuário e ou seu responsável legal, acima referido deverá ser submetido, sobre benefícios e riscos, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado, e o mesmo autoriza a realização do procedimento, sem ressalvas.

Nome do médico: _____

CRM/SC: _____

Assinatura e carimbo do Médico responsável pela aplicação do Termo de de consentimento.

Joinville (SC): _____ de _____ de _____ Hora: _____ : _____.

Resolução CFM n° 2.217/2018

“É vedado ao médico:

Art. 22 – Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.[...]

Art. 24 – Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.[...]

Art. 31 – Desrespeitar o direito do paciente ou seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.[...]

Art. 34 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.”

*Imprimir e Assinar em três (03) vias, ficando uma das vias com o usuário, e as demais vias deverão ser encaminhadas juntamente com os outros documentos, ficando arquivada no hospital executante.