

Anexo 05 – Esterilização Cirúrgica Eletiva – Laqueadura Tubária

Consulta com Médica

Após atendimento da usuaria, realizado no dia ____/____/_____, e avaliação clínica quanto à presença, infecções locais, infecção sexualmente transmissível (IST) atual, possibilidade de gestação ou infecção sistêmica; bem a como indicação do procedimento por Risco a vida, caso haja uma nova gestação, ou condição de vulnerabilidade social, dou o seguinte parecer e encaminhamento:

- () A usuário **NÃO ESTÁ APTA** a indicação de Esterilização Cirúrgica.
- () A usuária **ESTÁ APTA**, mediante livre consentimento, a indicação de esterilização cirúrgica.

Carimbo e assinatura

Médico(a)

CRM/SC