

**PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO
CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA
MASCULINA: VASECTOMIA**

SECRETÁRIA DA SAÚDE

Francieli Cristini Schultz

DIRETORIA TÉCNICA DE MEDICINA

Luana Garcia Ferrabone

GERÊNCIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E ARTICULAÇÃO DA REDE EM SAÚDE

Marlene Bonow Oliveira

ELABORAÇÃO

Rosimeire Pereira Bressan Batista – Enfermeira Obstetra Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

COLABORAÇÃO

André de Santiago – Coordenador Policlínica Boa Vista

Carine Juliana Gonçalves de Souza – Enfermeira Instituição Bethesda

Douglas Calheiros Machado – Diretor da Atenção Primária à Saúde

Evaristo Cristobal Iglesias Aleman – Médico da Família Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Fábio Gustavo Oliveira Lepper – Médico Urologista Policlínica Boa Vista

Flávia Favaretto – Agente Administrativo Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Gislene Cristina Mantovani de Araújo – Coordenadora da Central de Regulação

Lailah El Achkar – Enfermeira Instituição Bethesda

Maria Eduarda Pereira Caminha – Enfermeira Policlínica Boa Vista

Marlene Bonow Oliveira – Gerente de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Silvia Beatriz de Leão Betat – Enfermeira Obstetra DAPS

Simone Aparecida de Souza – Gerente de Regulação

Vera Lúcia Freitas – Gerente da Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação e Auditoria

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	04
1 PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA	04
1.1 ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA MASCULINA: VASECTOMIA	04
1.1.1 Benefícios	05
1.1.2 Riscos	05
1.1.3 Contraindicações	05
2 CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA E ADMISSÃO NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR, SEGUNDO A PORTARIA MS / SAS Nº 048 DE 11 DE FEVEREIRO DE 1999	06
3 FLUXO PARA SOLICITAÇÃO / ENCAMINHAMENTO PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR – (INDICAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA: VASECTOMIA)	07
3.1 FLUXOGRAMA DA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA MASCULINA – VASECTOMIA	09
REFERÊNCIAS	10
APÊNDICE	11
APÊNDICE A – PROCESSO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA MASCULINA – VASECTOMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	11
APÊNDICE B1 – TERMO DE SOLICITAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO (1ª via – Hospital)	12
APÊNDICE B2 – TERMO DE SOLICITAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO (2ª via – Usuário)	13
APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DO REQUERENTE SEM SOCIEDADE CONJUGAL	14
APÊNDICE D – CONFERÊNCIA DE DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA	15
ANEXO	16
ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA	16

PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

1 PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA

A laqueadura tubária e a vasectomia são métodos em geral adequados para casais que estão seguros e desejosos da contracepção permanente.

O casal deve ser suficientemente esclarecido de suas vantagens e desvantagens, tendo a consciência de que o procedimento envolve consequências a curto, médio e longo prazo, bem como ter conhecimento de todos os demais métodos contraceptivos disponíveis no serviço de saúde.

A esterilização cirúrgica por meio da vasectomia será indicada nos casos em que se caracterizar como a melhor opção.

1.1 ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA MASCULINA: VASECTOMIA

A vasectomia ou deferentectomia é um método contraceptivo definitivo através da ligadura dos canais deferentes no homem. É uma pequena cirurgia feita com anestesia local em cima do escroto. Sem necessidade de internação. É uma cirurgia de esterilização voluntária e eletiva, sendo o método contraceptivo a longo prazo mais eficiente que existe, estando entre as opções mais seguras para o planejamento familiar.

Porém, a decisão de realizar a cirurgia deve ser tomada com ponderação e cautela, visto que o homem está sujeito a danos psicológicos e muitos chegam a se arrepender de tê-la feito.

Consiste em secção e/ou oclusão do canal deferente, sendo um método seguro, eficaz e de fácil execução. É um método contraceptivo, que deve ser encarado como de caráter permanente.

Uma vez estabelecida o resultado quantitativo 00 (zero) de espermatozóide, a vasectomia oferece uma grande segurança contraceptiva, com falha de apenas 0,1 a 0,15 por 100 homens/ano. A recanalização espontânea é rara.

1.1.1 Benefícios:

- ✓ Não interfere nas relações sexuais
- ✓ Não afeta o desempenho sexual do homem;
- ✓ Não apresenta efeitos colaterais a longo prazo ou riscos à saúde.

1.1.2 Riscos:

- ✓ Infecção e sangramento no local ou dentro da incisão e a formação de coágulos no escroto são complicações raras da cirurgia;
- ✓ Vasectomia não protege contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/AIDS);
- ✓ Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia, há um alto índice de arrependimento de homens que se submetem à vasectomia e depois tentam revertê-la. De 15% a 17% dos homens que se submetem a esse procedimento acabam se arrependendo anos depois porque ficaram viúvos ou se separaram e constituíram uma nova família, desejando ter mais filhos.

1.1.3 Contraindicações:

- ✓ Infecção local na pele ou escroto;
- ✓ Massa intra-escrotal;
- ✓ Infecção do trato genital masculino ou orquite;
- ✓ Distúrbios de coagulação.

2 CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA E ADMISSÃO NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR, SEGUNDO A PORTARIA MS / SAS Nº 48 DE 11 DE FEVEREIRO DE 1999

De acordo com o disposto na Lei nº 13.045, de 25 de novembro de 2014 e no Artigo 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o parágrafo 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

Somente é permitida a esterilização voluntária sob as seguintes condições:

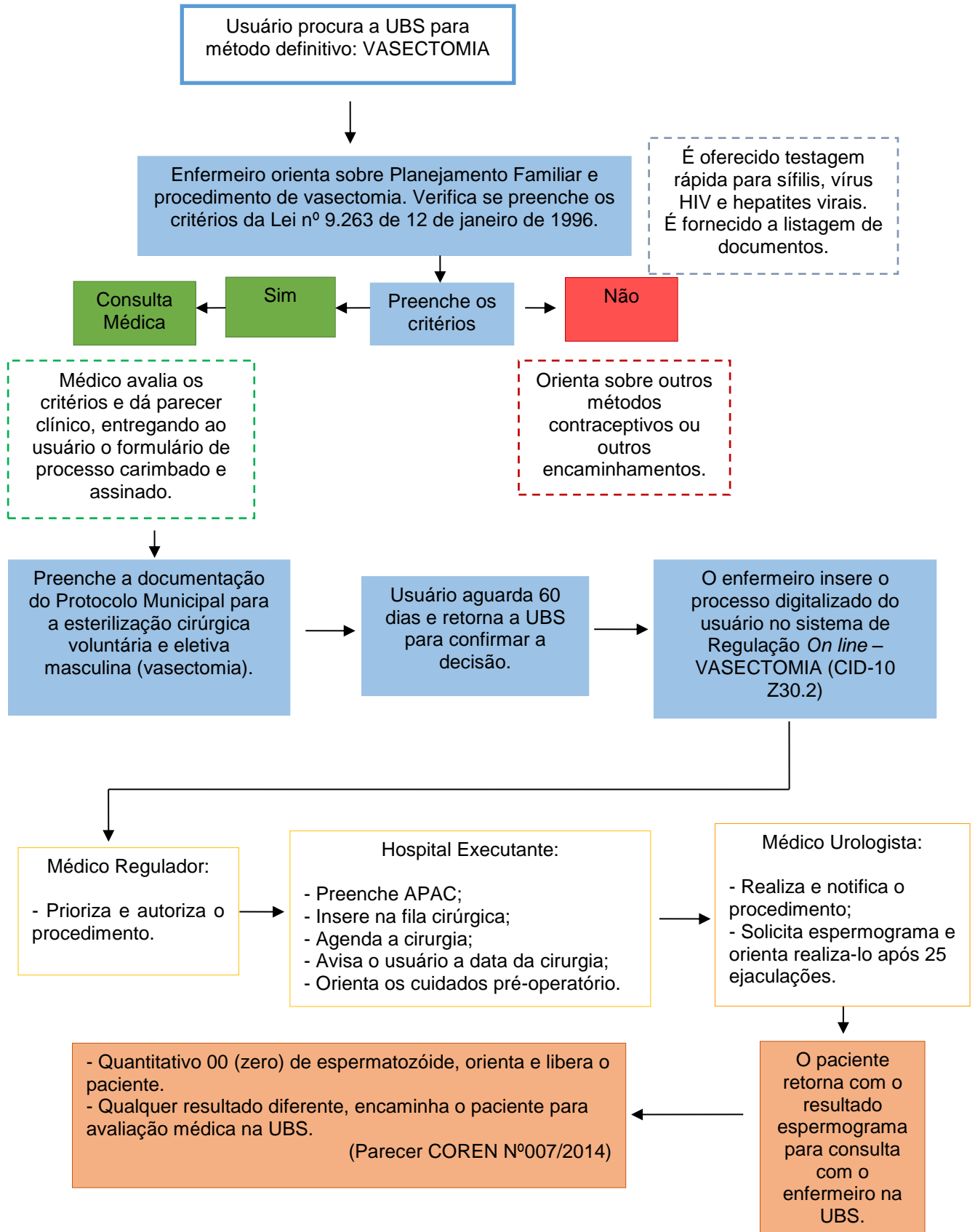
- ✓ Homens com capacidade civil plena; casados ou não. Maiores de 25 anos de idade e/ou pelo menos dois filhos vivos.
- ✓ Observar o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, à pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando à escolha consciente.
- ✓ Na vigência de união estável ou casamento, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos.
- ✓ Quando o homem informar que não possui companheiro (a) deverá assinar a Declaração do Requerente sem Sociedade Conjugal afirmando que não se encontra em sociedade conjugal: casamento ou união estável.

3 FLUXO PARA SOLICITAÇÃO / ENCAMINHAMENTO PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR (INDICAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA: VASECTOMIA)

- ✓ O usuário procura a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência e expressa sua vontade de utilizar um método definitivo de planejamento familiar.
- ✓ É agendada a consulta de enfermagem ou participação no Grupo de Planejamento Familiar onde serão apresentadas todas as opções de métodos contraceptivos disponíveis para a escolha consciente do casal ou usuário.
- ✓ É oferecido teste rápido para sífilis, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatites virais (sendo opcional a aceitação do usuário).
- ✓ Mantida a decisão do casal/usuário e preenchido os critérios da Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 o enfermeiro fornece a listagem de documentos, orienta e solicita a assinatura do Termo de Consentimento Informado.
- ✓ O enfermeiro encaminha o usuário para consulta médica na Unidade Básica de Saúde.
- ✓ O médico em consulta, realiza a avaliação clínica e investiga sinais de infecções locais, infecções sexualmente transmissíveis (IST) atuais, infecção sistêmica ou gastroenterite ou massa intra-escrotal e dá parecer clínico, entregando ao usuário o formulário de processo carimbado e assinado.
- ✓ O enfermeiro da Unidade Básica de Saúde realiza a **Conferência de Documentação Necessária** para a esterilização cirúrgica voluntária e eletiva masculina (vasectomia), colhe as assinaturas e reúne toda a documentação necessária:
 1. Processo para esterilização cirúrgica voluntária e eletiva masculina – Vasectomia na Atenção Básica – Consulta com Enfermeiro e Consulta com Médico (apêndice A);
 2. Termo de solicitação e consentimento informado assinado pelo requerente e parceiro (quando houver) (apêndices B1 e B2);
 3. Declaração do requerente sem sociedade conjugal (apêndice C);
 4. Conferência de documentação necessária (apêndice D);
 5. Comprovante de residência;
 6. RG do usuário requerente;
 7. Certidão de nascimento dos filhos vivos;
 8. Cópia do Cartão Nacional do SUS (CNS) do requerente.

- ✓ Após a conferência, o enfermeiro digitaliza e entrega os documentos originais ao usuário; orienta para a continuidade do processo, bem como sobre o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico e sobre a possibilidade de procurar a unidade de saúde para sanar suas dúvidas ou manifestar desistência.
- ✓ Mantido o interesse do usuário pela esterilização cirúrgica voluntária e eletiva (vasectomia) após o prazo de 60 dias o mesmo retorna a Unidade Básica de Saúde e confirma a decisão.
- ✓ O enfermeiro faz a conferência do processo (apêndice E) e insere a cópia digitalizada no sistema de Regulação *On line* – VASECTOMIA e arquiva a documentação impressa no prontuário do usuário.
- ✓ O médico regulador analisa e autoriza o procedimento.
- ✓ O hospital executante preenche APAC e insere na fila cirúrgica, agenda a cirurgia, avisa o usuário à data da cirurgia e orienta os cuidados pré-operatórios.
- ✓ Realiza o procedimento, registra no sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e notifica o procedimento de Vasectomia através do preenchimento da Ficha de Notificação Individual de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Laqueadura Tubária e Vasectomia (anexo A), digitaliza e envia à Vigilância Epidemiológica através do e-mail: notificavasectomia@gmail.com (Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, Art.11 e 16).
- ✓ O médico do hospital (urologista) solicita espermograma e orienta o paciente a realizá-lo após 25 (vinte e cinco) ejaculações.
- ✓ O paciente leva o resultado do espermograma para o enfermeiro na Unidade Básica de Saúde. Se laudo constando resultado quantitativo 00 (zero) de espermatozóide, orienta e libera o paciente. Qualquer resultado diferente, encaminhar o paciente para avaliação médica na unidade básica de saúde.
- ✓ Nos casos em que o resultado do espermograma mostrar presença de espermatozoides e o usuário desejar refazer a vasectomia, o mesmo pode ser reencaminhado após resgate do mesmo processo, devendo assinar novo Termo de Consentimento Informado.
- ✓ No caso de complicação pós-cirúrgica no período de até 14 (quatorze) dias ou 02 (duas) semanas, tais como febre >38°C, dor e edema, infecção e sangramento no local ou dentro da incisão e a formação de coágulos no escroto, o paciente deverá ser encaminhado ao Pronto Socorro do Hospital onde realizou o procedimento.

3.1 FLUXOGRAMA DA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA MASCULINA – VASECTOMIA



REFERÊNCIAS

1. **BRASIL.** Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2016.
2. **BRASIL.** Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.045, de 25 de novembro de 2014.** Altera as Leis nºs 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que “regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília – DF: 2014.
3. **BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 26. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2010.
4. **BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Plano de Ação Nacional 2009–2011.** Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2009.
5. **BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999.** Brasília – DF: 1999.
6. **BRASIL.** Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília – DF: 1996.
7. **COREN/SP – Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo.** Parecer nº 007/2014 – CT. PRCI nº 099.152/2012 – Tickets nº 277.202, 277.242, 281.850, 284.033, 290.514 e 302.667. Solicitação de exames por Enfermeiro e avaliação de resultado. São Paulo – SP: 2014.

APÊNDICE A – PROCESSO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA MASCULINA – VASECTOMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Unidade Básica de Saúde _____

Consulta com Enfermeiro (a) na Unidade Básica de Saúde

Declaro que _____ e seu (sua) parceiro (a) _____ participaram de orientação no dia ____ / ____ / 20 ____, obtendo **informações sobre todos os métodos reversíveis e irreversíveis**, no Programa de Planejamento Familiar, optando pelo procedimento de esterilização cirúrgica que é **considerado irreversível**.

- () Possui comprovadamente ____ anos (mais de 25 anos) e/ou
() Possui comprovadamente ____ filhos (mínimo 2 filhos vivos).

Assinatura e carimbo do (a) Enfermeiro (a) – COREN / SC

Consulta com Médico (a) na Unidade Básica de Saúde

Após atendimento do cliente realizado no dia ____ / ____ / 20 ____ e avaliação clínica quanto à presença de massa intra-escrotal, infecções locais, Infecção Sexualmente Transmissível atual, infecção sistêmica ou gastroenterite, dou o seguinte parecer e encaminhamento:

- () O usuário **não está apto** à indicação de esterilização cirúrgica.
() O usuário **está apto**, mediante livre consentimento, a indicação de esterilização cirúrgica.

Assinatura e carimbo do Médico (a) – CRM / SC

IMPORTANTE: Na vigência de união estável ou casamento, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos. Caso contrário, nos espaços destinados a assinatura do parceiro, escrever “Não se aplica”.

APÊNDICE B1 – TERMO DE SOLICITAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO (1ª via – Hospital)

Eu, _____, _____ anos,
 RG _____, Órgão Emissor _____, CPF _____, Cartão
 Nacional do SUS _____, venho por meio deste TERMO, solicitar a
 realização de esterilização cirúrgica voluntária e eletiva VASECTOMIA.

Informo que fui esclarecido 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, de 12 de janeiro de 1996 que regulamenta o Programa de Planejamento Familiar **DECLARO QUE:**

1. Fui informado sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis, também eficazes e reversíveis.
2. Estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível e que o SUS não realiza cirurgia de reversão.
3. Fui alertado 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.
4. 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.
5. Fui informado das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reação a drogas, parada cardio-respiratória, morte, hemorragias, infecções.
6. Fui informado de que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a vasectomia pode apresentar falhas e não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis.
7. Fui informado de que, ao menor sinal ou sintoma de gravidez de minha companheira, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar este serviço.
8. 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.
9. 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.

Portando, declaro estar em pleno domínio de minha capacidade civil e de discernimento: não estando drogado, alcoolizado ou emocionalmente alterado.

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) Requerente	Assinatura do(a) Parceiro (a)
RG Nº	RG Nº

Joinville, _____ de _____ de 20 _____.

APÊNDICE B2 – TERMO DE SOLICITAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO (2ª via – Usuário)

Eu, _____, _____ anos, RG _____, Órgão Emissor _____, CPF _____, Cartão Nacional do SUS _____, venho por meio deste TERMO, solicitar a realização de esterilização cirúrgica voluntária e eletiva VASECTOMIA.

Informo que fui esclarecido 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, de 12 de janeiro de 1996 que regulamenta o Programa de Planejamento Familiar **DECLARO QUE:**

1. Fui informado sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis, também eficazes e reversíveis.
2. Estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível e que o SUS não realiza cirurgia de reversão.
3. Fui alertado 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.
4. 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.
5. Fui informado das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reação a drogas, parada cardio-respiratória, morte, hemorragias, infecções.
6. Fui informado de que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a vasectomia pode apresentar falhas e não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis.
7. Fui informado de que, ao menor sinal ou sintoma de gravidez de minha companheira, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar este serviço.
8. 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.
9. 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.

Portando, declaro estar em pleno domínio de minha capacidade civil e de discernimento: não estando drogado, alcoolizado ou emocionalmente alterado.

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) Requerente	Assinatura do(a) Parceiro (a)
RG Nº	RG Nº

Joinville, _____ de _____ de 20 _____.

APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DO REQUERENTE SEM SOCIEDADE CONJUGAL

Eu, _____, _____ anos,
RG _____, Órgão Emissor _____, CPF _____,
Cartão Nacional do SUS _____, declaro para fins de
VASECTOMIA, que não me encontro em sociedade conjugal: casamento ou união estável na
presente data.

Assinatura do Requerente

APÊNDICE D – CONFERÊNCIA DE DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- () Processo para esterilização cirúrgica voluntária e eletiva masculina – Vasectomia na Atenção Básica – Consulta com Enfermeiro e Consulta com Médico (apêndice A)
- () Termo de solicitação e consentimento informado assinado pelo requerente e parceiro (quando houver) (apêndices B1 e B2)
- () Declaração do requerente sem sociedade conjugal (Apenas para homens sem companheiro (a)) (apêndice C)
- () Comprovante de residência (cópia anexa)
- () RG do usuário requerente (cópia anexa com foto visível)
- () Certidão de Nascimento dos filhos vivos (cópia anexa)
- () Cópia do Cartão Nacional do SUS (CNS) do requerente (cópia anexa)

Assinatura e carimbo do (a) Enfermeiro (a) Conferente
COREN / SC

Joinville, _____ de _____ de 20 _____.

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA

1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome / Razão Social: Instituição Bethesda	
Endereço: Rua Conselheiro Pedreira, 624 – Bairro: Pirabeiraba – CEP: 89239-200	
CGC / CNPJ: 84.712.983/0001-89	Data:

2 DADOS DO PACIENTE

Nome do (a) paciente:			
Data de nascimento:	Sexo: () F () M	Nº de filhos:	
Logradouro:			Nº:
Complemento:	Bairro:	CEP:	
Município (Código IBGE): 4209102	Nome do município: Joinville	UF: SC	

3 GRAU DE INSTRUÇÃO

() Analfabeto	() Ensino médio completo
() Ensino fundamental incompleto	() Ensino superior incompleto
() Ensino fundamental completo	() Ensino superior completo
() Ensino médio incompleto	() Pós-graduação

Documentação completa presente no prontuário: () **SIM** () **NÃO**

CID 10: _____ (Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou futuro concepto)

4 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS UTILIZADOS ANTERIORMENTE

ORIENTA:

Métodos Naturais: _____

Outros: _____

OFERECE:

Métodos de Barreira	Métodos Hormonais	Dispositivo Intrauterino (DIU)
() Preservativo Masculino	() Hormonal Oral Combinado	() Hormonal
() Preservativo Feminino	() Minipílula	() De Cobre
() Diafragma	() Hormonal Injetável Mensal	
	() Hormonal Injetável Trimestral	
	() Anticoncepção de Emergência	

5 DADOS DA INTERNAÇÃO
 ____/____/____
 Data da Internação

____/____/____
 Data da Alta

 Médico Responsável

 Responsável pelo Preenchimento / Carimbo

IMPORTANTE: Digitalizar e enviar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica: notificavasectomia@gmail.com