

Anexo 06 – Termo de Consentimento Livre Informado – Esterilização Cirúrgica Eletiva Masculina – Vasectomia

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

Informo que fui orientado, por meio de reuniões, consulta de enfermagem e médica, informações preventivas e educativas sobre os meios e técnicas disponíveis para a regulamentação da fecundidade e seus riscos, bem como do conteúdo da Lei nº 14.443, de 02 de setembro de 2022, 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. 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;
5. Fui informado 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, e pós cirúrgicas como infecções, dor e sangramento;
6. Fui informado de que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a Vasectomia pode apresentar falhas, e estou ciente de que o método em questão, não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis;
7. Fui informado pelo médico urologista, sobre os cuidados pré e pós-operatórios e me comprometo a realizar o exame de espermograma após 25 (vinte e cinco) ejaculações;
8. 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;
9. 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;
10. 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;
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 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 vasectomia/cirurgia de esterilização masculina, 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 duas 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 recusa/carimbo.

Joinville (SC): ____ de ____ de ____ Hora: ____:____

Resolução CFM nº 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 duas vias, ficando uma das vias com o usuário, e a segunda via deverá ser encaminhada juntamente com os outros documentos, ficando arquivada no hospital executante.