

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Esterilização Cirúrgica Eletiva Feminina –
Laqueadura Tubária**

Eu, _____, _____ anos,
CPF _____, e Cartão Nacional de Saúde _____,
venho por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizar e manifestar meu desejo de ser submetida ao procedimento de Esterilização Cirúrgica Eletiva de Laqueadura Tubária por minha livre e espontânea vontade e **DECLARO** que:

1. Por meio deste documento, manifesto o desejo de ser submetido à laqueadura tubária por minha livre e espontânea vontade. Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos 60 dias, conforme a Lei 9263/1996 alterada pela Lei nº 14.443, de 2/09/2022;
2. Recebi informações preventivas e educativas sobre os meios e técnicas disponíveis no SUS para regulamentação de fecundidade e seus riscos por meio de reuniões, consultas médicas e de enfermagem;
3. Recebi as informações referentes à outros métodos anticoncepcionais disponíveis no SUS que também são eficazes e reversíveis;
4. Recebi a informação que a laqueadura tubária é um método cirúrgico de interrupção permanente da fertilidade feminina, que consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas ou na retirada das mesmas;
5. Estou ciente de que caso deseje realizar a cirurgia de **reversão**, a taxa de sucesso reprodutivo é limitada e não disponibilizada pelo SUS;
6. Recebi informações referentes às possíveis complicações decorrentes de qualquer ato cirúrgico 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;
7. Recebi a informação que, caso surjam contraindicações clínicas que impossibilitem realizar a laqueadura, a justificativa vai estar registrada em prontuário e o profissional de saúde irá me orientar outro método para evitar a gravidez;
8. Recebi informações que a laqueadura tubária, assim como os demais métodos contraceptivos disponíveis, tem chance de falha, que independem da usuária ou método cirúrgico;
9. Estou ciente de que o método em questão, não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis;
10. Estou ciente que, ao menor sinal ou sintoma de gravidez, devo procurar um serviço de saúde para confirmação do diagnóstico e comunicar este Serviço;
11. Estou ciente de que gozo da liberdade para desistir do procedimento cirúrgico de esterilização definitiva a qualquer momento que antecede o ato cirúrgico. Essa decisão não irá intervir no atendimento e poderá optar por qualquer outro método contraceptivo disponibilizado na rede SUS;
12. Mediante aos itens acima declarados por mim, venho informar que estou em pleno domínio da minha capacidade civil e discernimento, também não me encontro neste momento sob efeito de drogas, álcool ou com algum prejuízo na minha saúde mental. Informo que compreendi todas as informações presentes neste termo e respeitarei as instruções fornecidas pelo profissional de saúde. Saliento que caso não siga as orientações e informações poderá acarretar riscos e efeitos colaterais para mim mesmo.

O presente termo possui legalmente validade indeterminada e também poderá ser revogado a qualquer momento, conforme minha vontade ou de um procurador nomeado por mim. Para efeitos legais, assino este termo em três vias com igual teor e recebo uma cópia deste termo.

Assinatura da Usuária

Carimbo e assinatura do médico(a) ou enfermeiro(a) da UBSF

Joinville, _____ de _____ de _____.

*Imprimir e Assinar em três vias, ficando uma via com o usuário, outra via na UBSF e a outra via deverá ser encaminhada juntamente com os outros documentos, ficando arquivada no hospital executante.