

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Esterilização Cirúrgica Eletiva Masculina – Vasectomia

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 submetido ao procedimento cirúrgico de VASECTOMIA por minha livre e espontânea vontade e **DECLARO** que:

1. Por meio deste documento, manifesto o desejo de ser submetido à vasectomia 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 são eficazes e reversíveis;
4. Recebi a informação que a vasectomia é um método cirúrgico de interrupção permanente da fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado;
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 informações que a vasectomia, assim como os demais métodos contraceptivos disponíveis, tem chance de falha, que independem do usuário ou método cirúrgico;
8. Estou ciente de que o método em questão não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis;
9. Recebi orientações referentes aos cuidados pré e pós-operatórios e comprometo-me a realizar o exame de espermograma após 25 (vinte e cinco) ejaculações;
10. Estou ciente que no caso da minha parceria sexual ter a suspeita de gravidez, devo procurar um serviço de saúde para confirmação ou não 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 encontro-me 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 do Paciente

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.

