

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____ _____
	Data de Nascimento: / / Prontuário: _____
	Convênio: _____

Termo De Consentimento Informado Para Laqueadura Tubária

CONSIDERANDO:

I – A dignidade da pessoa humana como princípio fundamental da República Federativa do Brasil (art. 1º, III, da Constituição Federal) e sendo inviolável o direito à liberdade (art. 5º da Constituição Federal);

II – A capacidade civil, à autonomia de vontade e o abuso de direito previstos no Código Civil brasileiro;

III – O dever do fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou à segurança informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade (art. 9ª da Lei nº 8.078/90);

IV – As disposições do Código de Ética Médica, especialmente acerca dos deveres dos médicos previstos nos arts. 22, 24, 31 e 34, que compreendem: obter consentimento do paciente ou do seu representante legal, salvo em caso de risco iminente de morte; 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; respeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte; e informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal; e

V – A lucidez e a capacidade cognitiva do(a) paciente/representante legal que firma o presente termo.

Eu, _____, na qualidade de () paciente () responsável¹ - grau de parentesco _____, data de nascimento ____/____/____, inscrito(a) no CPF nº _____, por livre e espontânea vontade, diante do desejo de ser submetida ao procedimento cirúrgico de **Laqueadura Tubária, DECLARO** ter sido devidamente informado(a), em linguagem clara, objetiva e compreensível, pela equipe médica do Hospital do Círculo, que:

I – A laqueadura tubária é um método de esterilização considerado permanente, que consiste basicamente na interrupção da continuidade das Trompas de Falópio (tubas uterinas), para impedir a descida do óvulo e a subida do espermatozoide, com o objetivo de impedir gravidez;

II – Existem outros métodos alternativos de contracepção conhecidos e disponíveis, tais como: anticoncepcional hormonal, contracepção intrauterina, colocação de DIU, preservativos, coito interrompido, e todos os demais métodos naturais e de barreira;

III – A efetivação do procedimento, como esterilizante, não é total (de 100%), e há, ainda que pequena, a probabilidade de ocorrer a recanalização espontânea da trompa, o que poderá permitir a fertilidade e uma gravidez. Além disso, há probabilidade, embora remota, da ocorrência de gravidez ectópica (fora do útero);

IV – Para realização dessa intervenção existem várias formas de abordagem cirúrgica: laparoscópica, mini-laparotomia, via vaginal e pós-cesárea, esta, excepcionalmente indicada apenas nos casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, sendo testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, pois é vedada a esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. No presente caso será realizada através de: _____; e

VI – O procedimento é cirúrgico e possui riscos operatórios e pós-operatórios, tais como: infecção e sangramento no local da incisão, infecção ou sangramento intra-abdominal, lesão de órgãos pélvicos ou abdominais, dor durante a relação sexual, recanulação espontânea e gravidez ectópica ;

VII – Caso se fizerem necessários, eu () autorizo () não autorizo, de forma voluntária, a tomada de procedimentos para solucionar qualquer intercorrência que eventualmente ocorra em função do procedimento realizado;

VIII – Eu () autorizo () não autorizo a realização de procedimento de transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;

IX – Diante das informações prestadas pela equipe de profissionais da saúde do Hospital do Círculo, por escrito e verbalmente, as quais não deixaram dúvidas, ratifico, neste ato, a minha livre e inequívoca decisão **consentir** a realização do procedimento acima assinalado;

Cópia controlada

12/11/2021

¹ Parentes de primeiro e segundo grau (pais, irmãos, avós e netos), tutor(a), curador(a), cônjuge ou companheiro(a).

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____ _____
	Data de Nascimento: / / Prontuário: _____
	Convênio: _____

X – Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas à realização do procedimento e ter tido tempo para reflexão após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura; e

XI – Compreendo as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar, por escrito, este consentimento a qualquer tempo, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento.

Caxias do Sul, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente/responsável

Eu, Dr(a). _____ CRM _____ **DECLARO** que expliquei ao Sr(a). _____, de forma clara e objetiva, sobre o procedimento de realização do procedimento ao qual a paciente acima identificada está sujeita, bem como sobre os benefícios, riscos mais frequentes e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou seu(sua) responsável firmatário(a), está lúcido(a), orientado(a) e tem condições de compreender o que lhes foi informado.

Caxias do Sul, _____ de _____ de _____.

Assinatura, carimbo do(a) médico(a) e CRM

Cópia controlada
12/11/2021