

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

Termo De Consentimento Informado Para Vasectomia

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, a 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 submetido ao procedimento de **Vasectomia, DECLARO** ter sido devidamente informado, em linguagem clara, objetiva e compreensível, pela equipe médica do Hospital do Círculo, que:

- I** - A cirurgia de vasectomia visa a interrupção da fertilidade masculina, seccionando os ductos deferentes, interrompendo a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado;
- II** – Existe uma pequena possibilidade de haver recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez. Por isso, a infertilidade só será apurada quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado (azoospermia);
- III** – A recanalização cirúrgica do ducto deferente é possível, porém quanto maior o tempo decorrido, menor a chance de sucesso;
- IV** – O procedimento é cirúrgico e possui riscos operatórios e pós-operatórios, tais como: hemorragia na bolsa escrotal, infecção, dor, granuloma e recanalização espontânea;
- V** – Estou ciente que é obrigatório realizar o exame denominado “espermograma” após uma média de 25 ejaculações, a partir da realização do procedimento, para comprovar a ausência de espermatozoides;
- VI** – 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;
- VII** – 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;
- VIII** – O procedimento não acarreta impotência sexual (disfunção erétil);
- 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** com a realização do procedimento acima assinalado;
- 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 da sua assinatura; e
- XI** – Compreendo as explicações que me foram prestadas e estando plenamente satisfeito com as informações recebidas, eu 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 paciente/responsável

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:

Eu, Dr(a). _____ CRM _____ **DECLARO** que expliquei ao Sr(a). _____, de forma clara e objetiva, sobre o procedimento ao qual o paciente acima identificado está sujeito, 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