

SOLICITAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

VASECTOMIA

LAQUEADURA

COM CESÁREA

Em atendimento a Lei nº 9263 de 12/01/96, Art 10, § 3º, atesto que o(a) Sr.(a) _____

portador(a) de carteira APAS sob nº _____, firmou por escrito, manifestação

de sua vontade livre e consciente em realizar o procedimento cirúrgico. Declaro que o(a) requerente

encontra-se apto(a) em seu pedido, estando também livre de quaisquer empecilhos previstos no § 3º

desta mesma Lei e que a documentação comprobatória encontra-se disponível, a qualquer tempo,

para a APAS-Fernandópolis ou para os órgãos competentes fiscalizadores.

Local e data

Médico – assinatura e carimbo

NORMAS APAS- FERNANDÓPOLIS PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA
(SEGUNDO LEI Nº 9263 DE 12/01/96 EM SEU ARTIGO 10º)

Somente será permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

- 1) Estão autorizados pela lei a submeter-se ao processo de esterilização:
 - a) os plenamente capazes (maiores de 21 anos) que tenham 2 filhos vivos, autorizado pelo cônjuge; ou
 - b) os que são maiores de 25 anos, desde que autorizados pelo cônjuge; ou
 - c) os relativamente capazes (entre 18 e 21 anos de idade), que tenham dois filhos vivos, desde que assistidos; ou
 - d) os absolutamente incapazes, que tenham dois filhos vivos, desde que autorizados judicialmente;
 - e) quando houver risco à saúde da mulher e do futuro concepto, desde que testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.
- 2) Obrigatório o respeito ao prazo de 60 dias entre a solicitação e a realização da cirurgia esterilizadora;
- 3) É conveniente a entrega de documento escrito sobre os riscos das citadas cirurgias, incluindo seus possíveis efeitos colaterais, apontando suas dificuldades de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes, mediante recibo, informando inclusive as instituições de sua realização;
- 4) O médico que receber a solicitação deverá declarar por escrito que o paciente está livre da influência de quaisquer drogas, álcool, etc.;
- 5) É vedada esterilização cirúrgica em mulheres durante o período de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade de cesarianas sucessivas;
- 6) Em se tratando de risco à vida ou à saúde da mulher ou no futuro concepto, deverá ser afastado por dois médicos.

IMPORTANTE: CONFORME NORMAS LEGAIS, SÓ SERÁ ACEITA DOCUMENTAÇÃO ORIGINAL COM A RESPECTIVA ASSINATURA DO MÉDICO, NÃO SENDO ACEITA CÓPIA DE XEROX OU FAX. SOLICITAMOS AINDA, INFORMAR ONDE SERÁ REALIZADA A CIRURGIA.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
VASECTOMIA**

PACIENTE

Nome: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Documento de Identidade R.G.: _____

CPF nº: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone Fixo: _____ Celular: _____

Endereço eletrônico: _____

Número de filhos vivos: _____

Nome e idade dos filhos:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Nome do cônjuge/convivente: _____

Documento de Identidade R.G.: _____

CPF nº: _____

Telefone: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO VASECTOMIA

Por este termo, em plena capacidade de discernimento, manifesto a vontade de submeter-me, voluntariamente, à **cirurgia de vasectomia**, e ainda, **DECLARO**:

a) estar ciente das regras do planejamento familiar, observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, sabendo que não será aceita a minha manifestação de vontade se estiver sobre influência de álcool, drogas, estado emocional alterado, ou por incapacidade mental temporária ou permanente;

b) que fui informado que existem outros métodos alternativos de contracepção à minha disposição como: preservativos, coito interrompido e todos os demais métodos naturais e de barreira. Fui também informado de que a intervenção de vasectomia consiste basicamente na interrupção da continuidade do(s) ducto(s) deferente(s) e das dificuldades de uma eventual reversão do procedimento. Fui informado que existe a probabilidade (pequena) de ocorrer a recanalização espontânea, ou seja, de ocorrer a passagem dos espermatozoides de um ducto para outro, o que poderá permitir a fertilidade e possibilidade de uma gravidez indesejada. Esse procedimento é usualmente realizado sob anestesia local. Foi salientado pelo médico que após a vasectomia poderei voltar a ter relações sexuais sem risco de gravidez somente quando o espermograma acusar ausência de espermatozoides no exame laboratorial, que normalmente é realizado depois de um número não inferior a 25 (vinte e cinco) ejaculações;

c) que recebi do médico as orientações sobre os cuidados que devo seguir para alcançar o melhor resultado, estando ciente de que nessa cirurgia poderão ocorrer complicações **Intra-Operatórias**: hemorragias e queimaduras por bisturi elétrico e **Pós-Operatórias**: seromas, hematomas (sangramento interno), hemorragias e infecções entre outras; quando então deverei informá-lo imediatamente sobre essas possíveis alterações que porventura possam surgir, assim como, retornar ao consultório/hospital nos dias determinados por ele;

d) que em toda intervenção existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente; que se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;

e) que na vigência da sociedade conjugal a realização dessa intervenção cirúrgica dependerá do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

f) que foi esclarecido ser do meu livre arbítrio a decisão a ser tomada, bem como que poderei desistir de realizar o procedimento cirúrgico a qualquer momento, sem necessidade de apresentar explicações.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
VASECTOMIA**

Pelo presente, **DECLARO** que entendi todas as informações, orientações e explicações prestadas e repassadas pelo médico, em linguagem simples e clara, e que minhas dúvidas foram plenamente esclarecidas. Assim sendo, declaro-me satisfeito com as informações, orientações e explicações recebidas, compreendendo o alcance e os riscos da cirurgia de **vasectomia**.

Por tal razão, manifesto expressamente minha concordância e consentimento para a realização do procedimento acima descrito.

Fernandópolis, de 20

Assinatura do beneficiário

Nome:

RG:

CPF:

Assinatura do cônjuge/convivente

Nome:

RG:

CPF:

Assinatura do Médico Assistente

Dr.(a) _____

CRM/PR: _____

Testemunhas:

1) _____ 2) _____

Nome:

R.G.:

CPF:

Nome:

R.G.:

CPF:

Cópias anexas:

- Certidão de Casamento/Declaração de União Estável (quando aplicável);
- Carteira de Identidade; e
- Certidões de Nascimento dos filhos.