

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO LAQUEADURA**

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) _____

Por este termo, em plena capacidade de discernimento, manifesto a vontade de submeter-me, voluntariamente, à **cirurgia de laqueadura**, 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;

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO LAQUEADURA

- b) que fui informada que existem outros métodos alternativos de contracepção a minha disposição, como anticoncepcional hormonal, contracepção intrauterina, colocação de DIU, preservativos, coito interrompido e todos os demais métodos naturais e de barreira. Fui também informada de que a laqueadura é um método de esterilização permanente, consistindo basicamente na interrupção da continuidade das Trompas de Falópio (tubas uterinas) com o objetivo de impedir uma nova gravidez, mas sua efetivação não é de 100% existindo a probabilidade (pequena) de ocorrer a recanalização espontânea, o que poderá permitir a fertilidade e possibilidade de uma gravidez indesejada;
- c) que a gravidez ectópica (fora do útero), embora ocorra remotamente, é uma possibilidade a ser considerada em pacientes que tenham se submetido à ligadura tubária;
- d) que para a 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 a saúde da mulher ou do futuro conceito, 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;
- e) 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 **Intraoperatórias:** hemorragias, lesões de órgãos e queimaduras por bisturi elétrico, dor; **pós-operatórias:** seromas, hematomas (sangramento interno) hemorragias, cistites, anemia e infecção; **Graves e Excepcionais:** eventrações, apnéia, trombose, pelviperitonites, hemorragias e outras tantas citadas pelo médico, quando então deverei informá-lo, imediatamente sobre essas possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir, assim como, retornar ao consultório/hospital nos dias determinados por ele;
- f) saber que a Laqueadura tubária necessita de anestesia, portanto, devo submeter-me a consulta pré-anestésica antes da realização da intervenção; 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;
- g) 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; e,
- h) que na vigência da sociedade conjugal a realização dessa intervenção cirúrgica dependerá do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

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 satisfeita com as informações, orientações e explicações recebidas, compreendendo o alcance e os riscos da cirurgia de **laqueadura**.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO LAQUEADURA

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

Fernandópolis, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura da beneficiária

Nome:

RG:

CPF:

Assinatura do médico

Nome:

CRM: