

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) _____

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;

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO VASECTOMIA

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.

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 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.

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 _____ de 20____.

Assinatura do beneficiário

Nome:

RG:

CPF:

Assinatura do médico

Nome:

CRM: