

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### VASECTOMIA

Pelo presente instrumento eu, \_\_\_\_\_  
Cartão Unimed: \_\_\_\_\_, portador da cédula de  
identidade \_\_\_\_\_ ciente dos esclarecimentos prestados pelo médico  
assistente manifesto o desejo de ser submetida à Vasectomia por minha livre espontânea  
vontade. Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste  
documento) e o procedimento cirúrgico deverão passar ao menos 60 dias, conforme Resolução  
Normativa 167, ANS.

Antes da cirurgia, foi-me informado que:

- A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção permanente e definitiva da fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado.
- Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso a condição clínica assim o requeira. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, que são posteriormente suturados, podendo haver ou não a necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.
- As complicações, raras, que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas ou ainda se eu tiver qualquer dúvida ou problema, devo entrar em contato com meu médico e/ou com a sua equipe.
- A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização do ducto deferente, não tem cobertura pelo contrato de plano de saúde vigente.
- Apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (1 em cada 2.000 cirurgias) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez. Trata-se de evento raro, mas possível de ocorrer independentemente da vontade da técnica empregada.
- O método não interfere na função sexual nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais frequentemente em homens vasectomizados.
- O paciente só poderá retomar sua atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção, quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado. Isto só

ocorre em geral após uma média de 25 ejaculações, que é o número necessário para “esvaziar” o trato genital, que está à frente de onde foi feita a secção do ducto deferente.

- Estou ciente que a qualquer momento anterior ao procedimento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro agora que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.
- Nestas condições, **CONSINTO** que se realize a VASECTOMIA. Após ter recebido todas as informações necessárias informo que participei do processo de decisão sobre meu tratamento e tenho minha parcela de responsabilidade sobre a conduta adotada. Este formulário atesta minha aceitação ao tratamento proposto.
- Tenho ciência, conforme disposto na Resolução Normativa nº 167, Agência Nacional de Saúde -ANS, e na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que a esterilização será objeto de notificação à direção do Sistema Único de Saúde, bem como, para comprovação do meu vínculo conjugal, devo apresentar cópia autenticada da minha certidão de casamento ou da declaração de união estável.

Assim, após a leitura e compreensão sobre os **RISCOS E COMPLICAÇÕES** mais comuns do procedimento supramencionado, **AUTORIZO** de forma expressa sua realização.

Observação: Preenchimento completo deste Termo serão duas vias originais, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra, entregue ao paciente ou responsável legal. As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia deste Termo.

Cópias anexas:

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

Maceió \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do Cônjuge/ Companheiro (a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Responsável:

(com carimbo legível)