

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LAQUEADURA TUBÁREA

Pelo presente instrumento eu, _____
Cartão Unimed: _____, portador da cédula de
identidade _____, ciente dos esclarecimentos prestados pelo médico
assistente manifesto o desejo de ser submetida a laqueadura tubárea 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
Diretrizes de Utilização nº 11 do anexo II, da Resolução Normativa 428/2017, Agência Nacional
de Saúde Suplementar - ANS.

Antes da cirurgia, foi-me informado que:

- A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, o objetivo de impedir a gravidez;
- Para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgias: Laparoscópica - cirurgia realizada por meio de 4 pequenos cortes realizados no abdome; Microlaparotomia - que é semelhante a uma cesárea; Vagina - cirurgia realizada pela Vagina; Pós- cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea);
- Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita de anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo Serviço de Anestesia.
- Embora o método de laqueadura tubária seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é 100%. Existe uma porcentagem de falha de 0,41% que independe do paciente ou do médico;
- A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, não tem cobertura pelo contrato de plano de saúde vigente;
- As complicações que poderão surgir são: Intra - operatória (hemorragias, lesões e órgãos), queimaduras por bisturi elétrico e Pós Operatórias Leves e mais freqüentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia, e outras) bem como graves e excepcionais (eventração, apneia, trombozes, hematomas, pelviperitonites, hemorragia e outras) perfurações de órgãos.
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá varias a técnica cirúrgica programada;
- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os métodos de barreira, anticoncepção hormonal, contracepção intra-uterina, métodos naturais;
- Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, e esclareci todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi 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 satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento;

- Nestas condições **CONSINTO** que se realize a **LAQUEADURA TUBÁRIA** proposta;
- Declaro ter recebido aconselhamento multidisciplinar;
- 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 procedimento proposto;
- Tenho ciência, conforme disposto na Resolução Normativa nº 428/2017, 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;

Maceió _____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente: _____

Assinatura do Cônjuge/ Companheiro (a): _____

Assinatura do Médico Responsável:

(com carimbo legível)