



TERMO DE SOLICITAÇÃO E CONSENTIMENTO DE CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA/ LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)

Eu, _____, _____ anos, identidade nº _____, CPF nº _____, residente e domiciliado na rua _____, na cidade _____, declaro ser meu desejo me submeter ao procedimento cirúrgico de laqueadura tubária. Fui informada de que se trata de método definitivo para não engravidar, cuja reversão é muito difícil e feita por meio de outra cirurgia. Estou ciente, que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos 60 dias.

Fui informada que essa cirurgia envolve riscos e complicações, tais como:

1. Anestésicas: Choque anafilático, acidente cardiocirculatório, respiratório, lesão neurológica, dentre outras.
2. Hematológicas: Hemorragia, dentre outras.
3. Pele e Tecido Subcutâneo: Granuloma, seroma, abscessos, hematomas, equimose, dentre outras.
4. Lesões de órgãos: Lesão de bexiga, intestino ou outras estruturas anatômicas, dentre outras.
5. Infecções.
6. Morte.

Existe ainda a possibilidade de o procedimento não poder ser realizado devido a achados transoperatórios (durante a cirurgia) inesperados.

Também fui informada de que existe uma pequena taxa de falhas própria do procedimento, podendo ocorrer gravidez ectópica ou intrauterina, após a ligadura das trompas. Ainda, a literatura médica é controversa quanto à existência de sinais e sintomas decorrentes do procedimento, tais como, alterações da menstruação e dor pélvica (dor na barriga).

Antes de optar pela contracepção definitiva (laqueadura tubária), recebi informações sobre formas não definitivas de evitar a gestação, tais como: métodos comportamentais (tabela, muco cervical, temperatura basal, coito interrompido), uso de pílulas anticoncepcionais orais, injeções, dispositivos intrauterinos além do preservativo masculino e feminino.

Declaro, finalmente, que estou em perfeito uso de minhas capacidades mentais, que não faço uso de medicamentos psicoativos ou drogas de ação sobre o sistema nervoso que possam interferir ou prejudicar minha capacidade de tomar decisões. **Entendi que a ligadura tubária é método considerado irreversível, que envolve riscos de falhas e que estou abrindo mão de minha capacidade de ter outro filho, mesmo que no futuro venha a me arrepender por troca de parceiro ou perda de algum filho.**

Termo	Assessoria Técnica	Código: TE-AST-007	Revisão/Ano: 04/23	Página/Total: 1/2
-------	--------------------	--------------------	--------------------	-------------------



**TERMO DE SOLICITAÇÃO E CONSENTIMENTO DE
CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA
TUBÁRIA/ LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)**

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas. Também entendi que, a qualquer momento, antes do procedimento, poderei desistir do consentimento que agora presto. Assim, declaro agora que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento cirúrgico. Por isso, **assumo integralmente a responsabilidade por minha opção de esterilização cirúrgica.**

Caso a paciente tenha menos de 21 anos, deve ser comprovada a existência de dois filhos vivos.

_____, ____ de _____ de 20_____.

Assinatura da paciente

Assinatura e Carimbo do Médico