



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – LAQUEADURA

O presente documento registra a orientação dada à paciente (beneficiária), pelo (a) médico (a) assistente, quanto aos aspectos técnico-médicos inerentes ao procedimento de esterilização (laqueadura tubária) proposto e solicitado, previsto na legislação vigente, reforçando o necessário conhecimento prévio dos riscos e complicações possíveis decorrente do ato médico em questão, bem como de seu caráter irreversível. Todo o conteúdo previsto na Lei Nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 e na Portaria MS/SAS Nº 048 de 11 de fevereiro de 1999, foram garantidos pelo (a) médico (a) assistente.

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (A) ASSISTENTE

Declaro que o paciente, a seguir identificado, assim como seu cônjuge, foram por mim orientados, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Lei Nº 9.263 de 12/01/1996. O casal preenche todas as condições necessárias ao procedimento definido na legislação, quanto à idade, quantidade de filhos e prazo do último parto.

Nome: _____

CRM: _____

Assinatura: _____

_____, ____/____/____

DECLARAÇÃO DO PACIENTE E CÔNJUGE

Eu, abaixo assinado, procurei por minha livre e espontânea vontade o Dr.(a) _____, para ser submetido em ____/____/____ a uma operação de esterilização permanente, ou LAQUEADURA TUBÁRIA. Antes da operação, foi-me informado que:

1. A laqueadura é um método cirúrgico de interrupção de fertilidade feminina, que consiste no fechamento das tubas uterinas.
2. Nela as trompas são seccionadas e suas extremidades amarradas de tal forma que a passagem dos espermatozoides, feita no sentido ascendente, e a do óvulo, no sentido descendente, ficam bloqueadas. Tal procedimento pode ser realizado através do método aberto, também chamado de laparotomia, ou por videolaparoscopia, onde não há exposição da cavidade abdominal.
3. Apesar de se tratar de um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea das trompas, com possibilidade de gravidez.
4. **Estou ciente que a reversão cirúrgica desta operação é possível, contudo, não é coberta pelo PAS – Programa de Assistência à Saúde aos Servidores da UFMS.** É importante salientar que tal procedimento não garantirá o sucesso em readquirir a fertilidade.
5. Declaro que fui informado a respeito de métodos alternativos para não ocasionar gravidez e que não tenho mais quaisquer dúvidas e/ou questões, pois todas foram esclarecidas e respondidas pelo (a) meu (minha) médico (a), com linguagem clara, e que compreendi perfeitamente.
6. Declaro ainda que minha decisão de procurar o médico assistente acima citado ocorreu há mais de 60 (sessenta) dias e que na ocasião ele me recomendou que procurasse serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar.
7. **Conforme previsto em Lei, tenho pelo menos 02 (dois) filhos (as) vivos (as), comprovados com as cópias das certidões de nascimento em anexo ou ser maior de (25) vinte e cinco anos de idade.**

Diante do exposto, eu _____, documento de identidade

_____, idade _____ anos, estou ciente de todos os esclarecimentos que me foram fornecidos e manifesto meu desejo em ser submetido à Laqueadura Tubária, por minha livre e espontânea vontade, bem como me comprometo a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) meu (minha) médico (a) assistente, estando ciente de que sua não observância poderá expor-me a riscos e efeitos colaterais indesejáveis.

Apesar do fornecimento de todas as informações necessárias e do aconselhamento, de maneira satisfatória, sobre a Laqueadura Tubária, a opção pelo procedimento é de minha total responsabilidade. A presente declaração é a mais pura manifestação expressa da minha vontade na realização da esterilização permanente pelo procedimento de Laqueadura Tubária.

Assinatura do paciente (beneficiário)

De acordo – Assinatura do cônjuge

Nome e identidade do cônjuge: _____

_____, ____/____/____