

Este documento deve ser preenchido e assinado pelo médico responsável pela realização do procedimento e pelo paciente ou responsável legal, após concordância com as informações e esclarecimentos prestados.

LAQUEADURA TUBÁRIA

Colar aqui etiqueta

Quando preenchimento externo – preencher dados abaixo:
 Nome: _____

Unidade: Laranjeiras Barra
 Data de Nascimento: ____/____/____

Para Recepção Perinatal:
Quando preenchimento externo – acrescentar etiqueta

Quando preenchimento interno (impressão do formulário pelo Tasy) – identificação impressa (nome completo, data de nascimento e número do prontuário).

Eu _____, portadora da cédula de identidade n.º _____, inscrita no CPF sob o n.º _____, residente e domiciliada na _____, na cidade de _____ Estado do _____, atualmente com ____anos de idade, data de Nascimento: ____/____/____ ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu médico assistente, Dr. _____, inscrito no CRM sob o n.º _____, manifesto o desejo de ser submetida a laqueadura tubária por minha livre e espontânea vontade.

Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos 60 dias, conforme a Lei 9263/1996 alterada pela Lei n.º 14.443, de 2 de setembro de 2022 e que, de acordo com a mesma lei, desde que observado esse prazo mínimo, é permitida a laqueadura durante o período do parto.

Antes da operação, foi-me informado que:

- A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir gravidez;
- Para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia: Laparoscópica – cirurgia realizada por meio de 3 ou 4 pequenos cortes realizados no abdome; Microlaparotomia – que é semelhante a uma cesárea; Vaginal – cirurgia realizada pela vagina; Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea); via periumbilical (logo a seguir do parto vaginal).
- Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita de alguma anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo médico assistente e Serviço de Anestesia.
- Embora o método de laqueadura tubária esteja entre os mais efetivos dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. **Existe uma porcentagem de falha em torno de 0,41% que independe da paciente ou do médico.**
- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
- **A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, não tem cobertura pelo contrato de plano de saúde vigente nem garantia de sucesso**, devendo sempre ser entendido a laqueadura como um procedimento potencialmente irreversível;
- As complicações que poderão surgir são: Intra-operatórias (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico e pós-operatórias leves e mais freqüentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia e outras) bem como graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombozes, hematomas, pelviperitonites, hemorragia e outras, que podem ter desdobramentos graves) perfurações de órgãos;
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto ou necessidade técnica, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;

- O procedimento planejado da esterilização cirúrgica durante o período de parto (após passado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da minha vontade e o parto) poderá sofrer mudanças de técnica ou postergado, devido a condições médicas, técnicas ou de estrutura assistencial da maternidade.

- Por se tratar a medicina de ciência com múltiplas variáveis, do meu próprio corpo, de dificuldades ou indicações e contra-indicações que podem se apresentar no momento, caso não seja possível realizar a laqueadura, entendo que a fundamentação será registrada em prontuário e a equipe médica me orientará outro método para evitar gravidez que seja aplicável ao meu caso;

- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os métodos de barreira, anticoncepção hormonal, dispositivos intrauterinos (DIU), implantes e métodos naturais;

Entendo também que o desejo de laqueadura não significa jamais a indicação absoluta de cesárea, haja vista as outras técnicas descritas para a laqueadura pós- parto que podem ser aplicadas no caso de parto via vaginal, e que é proibido pela Lei realizar cesárea para fim exclusivo de esterilização;

Tenho ciência, conforme disposto no Art. 11 da Lei 9263/1996, que toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde;

Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento, antes que o procedimento de laqueadura tubária se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Paciente Responsável legal

Nome legível do responsável legal: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade n.º: _____

Declaro que não autorizo o procedimento (s) e ou cirurgia (s) proposta, estando ciente dos riscos da minha decisão.

_____/_____/_____ ____:_____ _____
 Data Hora Assinatura

TESTEMUNHA: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO (A)

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que a paciente acima referida está sujeita, a própria paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, a paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico (a) _____

Assinatura _____ CRM _____

Revogação deste consentimento: _____ às _____ horas e _____ minutos. Assinatura do paciente ou responsável

