

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA LAQUEADURA TUBÁRIA  
ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA FEMININA

**IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

*(Preencher com letra de forma ou letra manuscrita legível)*

TITULAR

DEPENDENTE

Nome completo: \_\_\_\_\_

Carteirinha Pró-Saúde: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nº do documento de Identificação: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Complemento (apto., casa, bloco): \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone 1: ( \_\_ ) \_\_\_\_\_ Telefone 2: ( \_\_ ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Nº de filhos vivos: \_\_\_\_\_

Grau de instrução:

Analfabeta  Fundamental  Médio  Superior  Pós-graduação

Completo  Incompleto

Estado civil:

Solteira  Casada  União estável  Separada  Divorciada  Viúva

Métodos contraceptivos reversíveis usados anteriormente:

DIU  hormônio injetável  espermicida  diafragma  preservativo

anticoncepcional oral  outros: \_\_\_\_\_

Data da manifestação do desejo de realizar esterilização voluntária: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

Declaro que manifesto o desejo de ser submetida a laqueadura tubária por minha livre e espontânea vontade e estou ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu médico assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_, Conselho Regional nº \_\_\_\_\_, da instituição \_\_\_\_\_.

Estou ciente que:

1. 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 nº 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.
2. A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir gravidez.
3. Para a realização desta intervenção existem várias formas de cirurgia: laparoscópica - cirurgia realizada por meio de 3 ou 4 pequenos cortes no abdome; laparotomia - cirurgia realizada pelo abdome semelhante à cesárea ou periumbilical em casos após o parto vaginal; via vaginal - cirurgia realizada pela vagina, pós-cesárea - laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea).
4. Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita de anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo Serviço de Anestesia do local onde será realizada a intervenção.
5. Embora o método de laqueadura tubária seja o mais efetivo dos métodos do planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha de 0,41% que independe do paciente ou do médico.
6. A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, tem limitada taxa de sucesso reprodutivo e não deve ser considerada como uma possibilidade no momento da decisão pelo método contraceptivo definitivo. Em caso de dúvidas ou considerando haver chance de arrependimento, opte por um método contraceptivo seguro e efetivo, mas não definitivo.
7. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
8. As complicações que poderão surgir da laqueadura tubária são: intraoperatórias (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico; pós-operatórias leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia e outras); pós-operatórias graves e menos comuns (eventração, apnéia, trombozes, hematomas, pelviperitonites, hemorragia e perfuração de órgãos).
9. Se, no momento do ato cirúrgico, surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
10. 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;

11. Por se tratar a medicina de ciência com múltiplas variáveis, do meu próprio corpo, de dificuldades ou indicações e contraindicações 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;
12. Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis: métodos de barreira, anticoncepcional hormonal, dispositivos intrauterinos e métodos naturais.
13. 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.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples e minhas dúvidas foram todas esclarecidas. Também entendi que, a qualquer momento 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.

Consinto, portanto, que se realize a intervenção de laqueadura tubária proposta.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas.

Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.  
Local UF dia mês ano

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da paciente)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo do médico)