



ENCAMINHAMENTO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA

UNIDADE DE SAÚDE

PARA O HOSPITAL: _____

Nome da(o) Paciente: _____

Data de Nascimento ____/____/____ Idade: ____ N.º de filhos _____

Ações Educativas: Data (s) ____/____/____; ____/____/____; ____/____/____.

Assinatura – Nome – Cat. Prof.

Entrevista de Reflexão sobre o Método Contraceptivo escolhido: _____

Assinatura – Nome – Cat. Prof.

Consulta Médica: _____

Assinatura – Nome – Cat. Prof.

Encaminhamento para Cirurgia de _____

S.Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Resp. pelo Encaminhamento
(Nome e Cat. Prof.)



**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA EXPRESSA MANIFESTAÇÃO DE
VONTADE PARA
ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA**

UNIDADE DE SAÚDE

Eu, _____,
R.G. n.º _____ SSP/ _____; inscrito no CPF/MF sob o
n.º _____; nascida (o) na cidade _____ em ____/____/____,
residente e domiciliado na rua _____ n.º _____
Bairro _____; CEP _____; telefone _____;

abaixo assinado, solicito minha esterilização permanente (Lei nº 9263/96 de 12/01/1996), através de vasectomia (); laqueadura tubária bilateral (), declaro estar ciente de que ficarei impedido(a) de ter filhos após a cirurgia. Declaro que fui esclarecido (a) que o procedimento apresenta uma zona de risco de não eficácia: falha de 0,15 (quinze centésimos) para 100 homens e falha de 0,41 (quarenta e um centésimos) para 100 mulheres. Declaro que fui informado dos cuidados pós-vasectomia: procurar o serviço de saúde na presença de febre >38° C, sangramento ou secreção pela incisão e dor ou aumento de volume escrotal; manter abstinência sexual por 4 dias e, posteriormente, utilizar métodos de anticoncepção até a realização do espermograma de controle após 20 ejaculações, para confirmar a efetividade do método. Declaro que fui informada dos cuidados pós-laqueadura: abstinência sexual por 14 dias, retornar ao serviço de saúde em 7 a 14 dias, para reavaliação; procurar o serviço de saúde na presença de febre >38°C, dor abdominal persistente, sangramento ou saída de secreção pela incisão.

Declaro expressamente que me sinto esclarecido(a) sobre os métodos anticoncepcionais reversíveis, bem como, foi-me dado amplo e irrestrito acesso a todas as informações sobre os riscos da cirurgia e possíveis efeitos colaterais e de sua não eficácia em casos específicos. Declaro que concordo e aceito todas as restrições do método, assumindo todas as conseqüências do tratamento.



Declaro ainda, que tenho _____ (_____) filhos:

a) () e que **não** mantenho união estável;

b) () e que mantenho união estável com _____
_____ R.G. n.º _____ estando
este(a) de acordo com a realização da cirurgia.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do solicitante
Nome: _____
R.G.: _____

() Testemunha ou () Cônjuge
Nome _____
R.G.: _____