|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE** | | | | | | | | | |
| Nome | | | | | | | | | Data de nascimento |
| RG | CPF | | | | | | Estado civil | | |
| Endereço | | | | | | | | | |
| Cidade | | | Estado | | | | CEP | | |
| Número de filhos vivos | | Idade dos filhos vivos | | | Data do último parto ou aborto | | | | |
| Data da manifestação da vontade do procedimento | | | | Data provável da cirurgia | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE** | | | | | | | | | |
| Nome | | | | | | | | Data de nascimento | |
| RG | CPF | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO (A) MÉDICO (A)** | | | | | | | | | |
| Nome | | | | | | | CRM | | |
| Especialidade | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |
| **CONSENTIMENTO** |

|  |
| --- |
| Eu, abaixo assinada, na qualidade de (     ) beneficiaria/paciente – (     ) representante legal da beneficiaria/paciente ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu médico assistente, manifesto, pelo presente termo, meu desejo de ser submetida à laqueadura tubaria, o que faço por minha livre e espontânea vontade, sem nenhum vicio ou coação. **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 Resolução Normativa vigente da ANS e Lei Federal nº 9.263/96.**  **DECLARO,** ainda**,** ter sido informada, antes do procedimento cirúrgico, de que:   1. A intervenção de laqueadura tubaria consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com objetivo de impedir gravidez; 2. Existem outros métodos alternativos de contracepção a disposição, tais como, anticoncepcional hormonal, contracepção intrauterina, colocação de DIU, preservativos, coito interrompido e todos os demais métodos naturais e de barreira; 3. A gravidez ectópica (fora do útero), embora ocorra remotamente, é uma possibilidade a ser considerada em pacientes que tenham se submetido a ligadura tubaria; 4. Para realização do procedimento existem várias formas de cirurgia: 5. Laparoscópica, que é cirurgia realizada por meio de 4 pequenos cortes no abdome; 6. Laparotomia: semelhante a uma cesárea; 7. Vaginal: cirurgia realizada pela vagina; 8. Pós-parto normal ou cirúrgico: laqueadura tubaria realizada no momento do parto; 9. Embora o método de laqueadura tubaria seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar sua efetividade não é de 100%, existindo uma pequena porcentagem de falha, que independe do paciente ou do médico, e de que, como toda intervenção cirúrgica, comporta um risco excepcional de mortalidade, derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente; 10. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada; 11. Poderão ocorrer complicações, tais como: 12. Intra-operatorio: hemorragias, lesões de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, etc.; 13. Pós-operatório: seromas, tromboses, infecção, insuficiência respiratória e choque, etc.; 14. A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, não tem cobertura pelo contrato de plano de saúde vigente.   DECLARO, por fim, que entendi todas as explicações prestadas em linguagem clara e simples, e esclareci, à oportunidade, todas as dúvidas que me ocorreram, estando, portanto, satisfeita com as informações recebidas, tendo compreendido o alcance e riscos do tratamento.  Estou ciente de que, em qualquer momento anterior ao procedimento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.  Tenho ciência, conforme disposto na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que a esterilização será objeto de notificação à direção do Sistema Único de Saúde.   1. **Observação:** *O procedimento completo deste termo será em três vias originais, ficando uma arquivada no prontuário da paciente, outra entregue a ela ou responsável legal, e a terceira, à Unimed Goiânia. As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia do documento.*   Nesses termos, DECLARO estar satisfeito (a) com as informações recebidas a ter compreendido o alcance e riscos do tratamento ao qual o paciente será submetido (a), ciente das condições acima indicadas, CONSENTINDO com a realização da LAQUEADURA TUBARIA. |
| Local e data:  MÉDICO PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL   |  |  | | --- | --- | | **TESTEMUNHAS** | | | NOME:  RG: | NOME:  RG: | | Cópias anexas | | | Certidão de Identidade;  Certidão de Nascimento dos filhos. | | | **DESISTÊNCIA DO CONSENTIMENTO** | | | Declaro, EXPRESSAMENTE, que DESISTO DO CONSENTIMENTO assinado prestado na data de      /      /      e **NÃO DESEJO PROSSEGUIR COM O PROCEDIMENTO**, que dou com esta por finalizada.  Local e data:  MÉDICO PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL | | |