

## Termo de Consentimento Informado para o procedimento de Laqueadura Tubária

### PACIENTE:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Identidade nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_  
Data da Emissão: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: Solteira ( ) Casada ( ) União Estável ( ) Viúva ( )

### DECLARANTE: no caso de o declarante não ser o paciente

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Identidade nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_  
Data da Emissão: \_\_\_\_\_  
Representante legal ( ) Representante familiar ( ) Responsável ( )

### DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que o  
Doutor: \_\_\_\_\_ informou-me que tendo em vista o diagnóstico  
de: \_\_\_\_\_ é conveniente e indicado proceder a INTERVENÇÃO DE  
LAQUEADURA TUBÁRIA (em minha pessoa ou no paciente supra mencionado).

Esclareceu-me que:

1. A intervenção de laqueadura tubária consiste basicamente na **INTERRUPÇÃO DA CONTINUIDADE DAS TROMPÁS DE FALÓPIO**, com o objetivo de impedir uma nova gravidez, sendo este irreversível. Para a realização da técnica existem várias formas de abordagem cirúrgica:

- a) Laparoscópica;
- b) Micro laparotomia;
- c) Vaginal;
- d) Pós cesariana (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea).

2. Esta técnica necessita de anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.

3. Embora o método de laqueadura tubária seja o método mais efetivo dos métodos de planeamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha de 0,41%.

4. Como em toda a intervenção cirúrgica, existe um risco que é excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.

5. As condições que poderão surgir são:

- a) Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico;
- b) Pós-operatórias:
  - Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, irritação crônica, anemia...);
  - Graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombose, hematomas, pelveperitonites, hemorragias), perfuração de órgãos.

6. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

7. Existem outros métodos de contraceção que não são irreversíveis:

- Métodos de barreira;
- Anticoncepção hormonal;

- Contracepção intrauterina;
- Métodos naturais.

8. Através deste instrumento estou sendo advertida para eventuais ocorrências da vida como: separação, divórcio, viuvez, morte dos filhos, outro casamento, e posteriormente desejo de ter mais filhos.

**9. Diretrizes para laqueadura tubária / laqueadura tubária laparoscópica (extraído da Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 atualizada pela Lei nº 14.443 de 02 de setembro de 2022).**

A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da laqueadura tubária somente tem cobertura obrigatória no somatório dos seguintes casos:

- Mulheres com capacidade civil plena;
- Maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou com, pelo menos, 02 (dois) filhos vivos;
- Observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos (anexar laudos);
- Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde;
- A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.

10. É vedada a realização de laqueadura tubária em mulher através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização.

Eu, entendo que as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples esclarecendo-me todas as dúvidas que ocorreram. Entendo também que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance do tratamento. Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **INTERVENÇÃO CIRÚRGICA** de **LAQUEADURA TUBÁRIA** proposta. Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

.....  
Assinatura do paciente / data

.....  
Médico / CRM / data

**Revogação**

Revogo o consentimento prestado na data de: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: .....

.....  
Médico/CRM

.....  
Paciente ou Representante Legal ou Responsável

Protocolo nº ..... data ...../...../.....

Observados os critérios de consentimento escrito e firmado bem como o protocolo da documentação necessária (certidões de nascimento dos filhos e laudos médicos) na Central de Autorização de Exames, inicia na data abaixo o prazo de 60 (sessenta) dias do processo de liberação do procedimento.

.....  
Ass. Central de Autorização de Exames / data