

## Termo de Consentimento Informado para o Procedimento de Vasectomia

### PACIENTE:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Identidade nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Data da Emissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Solteiro ( ) Casado ( ) União Estável ( ) Viúvo ( )

### DECLARAÇÃO

Eu, abaixo assinado, procurei espontaneamente o doutor.....  
para ser submetido a uma **INTERVENÇÃO CIRÚRGICA DE VASECTOMIA**.

Antes da operação foi-me informado e esclarecido o que segue:

1. A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção da fertilidade masculina, causada pela secção dos vasos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozóides para o líquido ejaculado.
2. Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia caso minha condição clínica o requeira. São feitos um ou dois cortes no escroto, que são posteriormente costurados, podendo haver ou não necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.
3. As complicações, raras, que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas ou ainda se eu tiver qualquer dúvida ou problema, devo entrar em contato com meu médico e/ou sua equipe.
4. Apesar de poder ser tentada a reversão futura desta cirurgia, ou seja, a recanalização do ducto deferente, quanto maior o tempo de interrupção do deferente, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade.
5. Apesar de a vasectomia ser um método de esterelização permanente, existe uma pequena possibilidade (1 em cada 2000 operações) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozóides de um ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.
6. O paciente só poderá retomar sua atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozóides no ejaculado. Isto só ocorre, em geral, após uma média de 25 ejaculações, que é o número necessário para "esvaziar" o trato genital, que está à frente de onde foi feita a secção do ducto deferente.
7. Através deste instrumento estou sendo advertido para eventuais ocorrências da vida, como: separação, divórcio, viuvez, morte dos filhos, outro casamento e, posteriormente, desejo de ter mais filhos.

**8. Diretrizes para Vasectomia (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 vasectomia, segue somatório das diretrizes relacionadas abaixo:

- a) Homens com capacidade civil plena;
- b) Maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou com, pelo menos, 02 (dois) filhos vivos;
- c) Observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- d) Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinados por dois médicos (anexar laudos);
- f) Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde;
- g) **É necessário a avaliação psicológica.**

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 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 Vasectomia por minha livre e espontânea vontade.

.....  
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

.....  
Assinatura do paciente

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 nesta data o prazo de 60 (sessenta) dias do processo de liberação do procedimento.

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