Declaração de Consentimento Informado – Vasectomia

O presente documento registra a orientação dada ao paciente (beneficiário/segurado) pelo médico assistente, quanto aos aspectos técnico-médicos inerentes ao procedimento de esterilização conjugal (vasectomia) proposto e solicitado, previsto na legislação vigente, reforçando o necessário conhecimento prévio dos riscos e complicações possíveis decorrentes do ato médico em questão, bem como de seu caráter irreversível.
Todo o conteúdo previsto na Lei Nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 e na Portaria MS/SAS Nº 048 de 11 de fevereiro de 1999, foram garantidos pelo médico assistente.

DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

Declaro que a paciente, a seguir identificada, assim como seu cônjuge, foram por mim orientados, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Lei nº 9.263 de 12/01/1996. O casal preenche todas as condições necessárias ao procedimento definido na legislação, quanto à idade, quantidade de filhos e prazo do último parto.

_____ _____ _____
Nome legível do médico CRM UF

_____ _____/____/____
Assinatura do Médico Data

DECLARAÇÃO DO PACIENTE E CÔNJUGE

Eu, abaixo assinada, procurei, por minha livre e espontânea vontade, o Dr (a). _____ _____, para ser submetida em ____/____/____ a uma operação de esterilização permanente, ou VASECTOMIA.

Antes da operação, foi me informado que:
1 – A Vasectomia é um método cirúrgico de interrupção de fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozóides para o liquido ejaculado.
2 – Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso necessário. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, que são posteriormente suturados. Pode haver 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), dou ou infecção. Se ocorrer qualquer destas complicações ou outras não descritas ou se ainda surgir qualquer dúvida ou problema, o médico responsável ou da respectiva equipe devem ser contatados imediatamente.
4 – Apesar da Vasectomia ser um método de esterilização permanente, não possui 100% de eficácia exisitindo a possibilidade de recanalização espontânea (natural), permitindo a passagem dos espermatozóides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados, restabelecendo a fertilidade, com possibilidade de ocasionar gravidez.
5 – Apesar da possibilidade de reversão da Vasectomia, a recanalização do ducto deferente não possui cobertura pelo meu plano de saúde Quanto maior o tempo de Interrupção do deferente, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade.
6 – O método não interefere no desempenho e nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Homens vasectomizados não estão mais expostos a doenças do que homens não submetidos ao procedimento.
7 – O paciente só poderá retomar a sua atividade sexual, sem qualquer forma de anticoncepção, quando o espermograma mostrar ausência de espermatozóides no material ejaculado.

Diante do exporto, eu _____, documento de Identidade _____, idade _____ anos, estou ciente de todos os esclarecimentos que me foram fornecidos e manifesto meu desejo em ser submetida à Vasectomia, por minha livre e espontânea vontade.

_____ _____
Assinatura da paciente Assinatura do cônjuge

Nome do cônjuge: _____

Apesar do fornecimento de todas as informações necessárias e do aconselhamento, de maneira satisfatória sobre a Vasectomia, a opção pelo procedimento é de minha total responsabilidade. A presente declaração é a mais pura manifestação expressa da minha vontade na realização da esterilização permanente pelo procedimento de Vasectomia.