

Título: Termo de Consentimento Informado para Realização de Procedimento Médico de Esterilização Cirúrgica por Vasectomia Bilateral

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-TCIRPMECVB - V.8

Fase: Vigente

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA POR VASECTOMIA BILATERAL

Eu _____ RG _____,
CPF _____, inscrito no Ipasgo Saúde com matrícula nº _____,
autorizo o Drº _____ CRM nº _____ e/ou
seus assistentes a realizar uma Vasectomia Bilateral (ligadura dos dois epidídimos) como forma de tratamento de esterilidade cirúrgica como método contraceptivo, com o objetivo de não ter mais filhos através de relação sexual. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico e os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

- 1) Deiscência dos pontos da sutura;
- 2) Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento;
- 3) Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor;
- 4) Hematoma e ou edema no escroto;
- 5) Não há garantia de esterilidade, não podendo ter relação sem métodos contraceptivos enquanto o espermograma não estiver com azoospermia (sem espermatozoides);
- 6) Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de anestesia local;
- 7) Existem 0,3% de risco de reversão espontânea da cirurgia.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e os seus assistentes a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional destes, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que há outros métodos alternativos de contracepção a minha disposição, como preservativos, coito interrompido e todos os demais métodos naturais e de barreira.

Consoante ao que vai acima exposto, declaro estar plenamente satisfeito com as informações recebidas e perfeitamente inteirado do alcance e dos riscos inerentes ao tratamento cirúrgico de vasectomia bilateral.

Título: Termo de Consentimento Informado para Realização de Procedimento Médico de Esterilização Cirúrgica por Vasectomia Bilateral

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-TCIRPMECVB - V.8

Fase: Vigente

E, para que fique registrado o meu pleno consentimento em submeter-me à esterilização cirúrgica pelo Método de Vasectomia Bilateral, assino o presente documento:

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Requerente

TERMO DE DECLARAÇÃO MÉDICA

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo mesmo. De acordo com o meu entendimento, o paciente, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico Responsável: _____ Data: ____/____/____
Assinatura e Carimbo

TERMO DE CONFIRMAÇÃO

Eu, _____, declaro ter ciência de que, ao submeter-me por livre e espontânea vontade à esterilização cirúrgica por Vasectomia Bilateral, método contraceptivo irreversível, estarei definitivamente impossibilitado de conceber filhos naturalmente. Desta forma, firmo o presente termo assinado, no qual isento o Ipasgo Saúde de quaisquer responsabilidades quanto a impossibilidade de concepção futura ou em caso de arrependimento após a realização do procedimento.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Requerente