



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epiácio Pessoa, 1.741 - Centro - Cep-14160.000 - Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 - Estadual: Lei nº 1708 - Federal: Decreto nº 50517
CGC/MF.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: dp@santacasasertaozinho.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - VASECTOMIA

Eu, _____, RG ou CPF _____, declaro que fui informado pela equipe médica quanto aos principais

aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico de VASECTOMIA ao qual serei submetido(a), declarando ainda, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, o a realizar o procedimento acima indicado e todos o que incluem e outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO:

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. Trata-se de uma cirurgia 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.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES: As complicações, embora raras, que podem ocorrer são: 1. Hematoma (sangramento interno) / 2. Aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses) / 3. 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.

DECLARO AINDA QUE: 1) Se durante a minha operação houver alguma intercorrência inesperada e houver a necessidade de se realizar qualquer outro procedimento e/ou cirurgia a qual antes não fazia parte do que me foi inicialmente planejado e explicado, ficam desde já previamente autorizados os médicos envolvidos na cirurgia e respectiva equipe, incluindo o anestesista, a realizar o que for necessário para proteger minha saúde e minha vida. 2) 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. 3) Apesar da vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozóides de um coto para outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo poderá permanecer fértil e ocasionar uma gravidez. 4) O método não interfere na função sexual ou causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais freqüentemente em homens vasectomizados. 5) 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 10 a 12 ejaculações, que é o número necessário para "esvaziar" o trato genital. 6) Tomei conhecimento de que há outros métodos contraceptivos como o preservativo e o coito interrompido. 7) Autorizo a realização exames complementares e biópsias de qualquer natureza, do material coletado na cirurgia, visando o esclarecimento de meu diagnóstico ou para benefício de meu tratamento. Nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que porventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por venturas existentes. 9) Confirmando que tive oportunidade de perguntar o que quis e recebi todas



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Eptácio Pessoa, 1.741 - Centro - Cep-14160.000 - Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 - Estadual: Lei nº 1708 - Federal: Decreto nº 50517
CGC/MF.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: dp@santacasertaozinho.com.br

as respostas da equipe médica, de forma clara e em linguagem compreensível ao leigo da medicina, a qual me esclareceram todas as dúvidas relativas ao(s) procedimento(s) e as operações a que serei submetido(a) durante a avaliação pré-operatória Ambulatorial, SALVO em casos emergenciais, em que este termo poderá ser adquirido e registrado em outros formatos específicos. Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTES TERMOS, AUTORIZO EXPRESSAMENTE A INTERNAÇÃO E A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS EM UNIDADE HOSPITALAR.

Sertãozinho, ____/____/____

Assinatura do(a) paciente

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro para os devidos fins e efeitos que expliquei ao paciente (ou seu responsável / representante legal) de forma clara e objetiva o diagnóstico, o prognóstico os riscos e objetivos da necessidade de internação hospitalar e procedimentos, assim como os seus benefícios e alternativas, esclarecendo suas dúvidas e deixando-o livre para decidir a respeito da internação e a realização de procedimentos. De acordo com o meu entendimento, o paciente (ou seu responsável/representante legal) está em perfeitas condições de compreender todo o conteúdo deste termo e de autorizar a internação hospitalar e a realização de procedimentos indicados.

Sertãozinho, ____/____/____

Carimbo e Assinatura do médico: _____ CRM: _____

De acordo com a Lei nº 9.263/96, o procedimento cirúrgico somente poderá ser realizado a partir de:

____/____/____

AVALIAÇÃO MÉDICA:

Médico Urologista: _____

Avaliação: _____

Sertãozinho, ____/____/____, _____

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA: Documentação preenchida e assinada, certidão de nascimento /casamento /averbação. Para pacientes menor de 21 anos - é necessário a certidão de nascimento dos filhos.