

Declaração de Consentimento Informado - LAQUEADURA

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 (laqueadura) 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 LAQUEADURA.

Antes da operação, foi-me informado que:

1 - A Laqueadura é um método cirúrgico de interrupção de fertilidade feminina, que consiste no fechamento das tubas uterinas para impedir a descida do óvulo e a subida do espermatozóide.

2 - Nela, as trompas são cortadas e suas extremidades amarradas de tal forma que a passagem dos espermatozóides fica bloqueada na sua porção mais distal e a do óvulo bloqueada na porção mais proximal. Para tanto, realiza-se abertura da cavidade abdominal, diretamente ou por laparoscopia.

3 - Apesar da Laqueadura ser um método de esterilização permanente, não possui 100% de eficácia existindo a possibilidade de ocorrer recanalização espontânea (natural) das trompas, com subsequente gravidez.

4 - Apesar da possibilidade de reversão da Laqueadura, a recanalização das trompas não possui cobertura pelo meu plano de saúde, bem como a reversão não garante integralmente o sucesso em readquirir fertilidade para posterior gravidez.

Diante do exposto, eu _____, documento de Identidade _____, idade _____ anos, estou ciente de todos os esclarecimentos que me foram fornecidos e manifesto meu desejo em ser submetida à Laqueadura, 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 Laqueadura, 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 Laqueadura.