



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

Eu, _____
RG nº: _____, Órgão Emissor: _____; _____ anos de idade, ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu médico (nome do profissional): _____ CRM: _____ manifesto o desejo de ser submetida à laqueadura tubária por minha livre e espontânea vontade. Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar, ao menos, 60 dias, conforme a Lei 9263/1996 alterada pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022 e que, de acordo com a mesma lei, desde que observado esse prazo mínimo, é permitida a laqueadura durante o período do parto.

Antes da operação, foi-me informado que:

- a) A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas ou retirada das mesmas (salpingectomia), com o objetivo de impedir gravidez;
- b) Para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia: Laparoscópica – cirurgia realizada por meio de 3 ou 4 pequenos cortes realizados no abdome;
 - **Laparotomia** – cirurgia realizada pelo abdome semelhante à cesárea;
 - **Periumbilical** - após parto vaginal, entre 24h e no máximo 48h, respeitando a golden hour e a involução uterina pois neste período a altura uterina estará adequada para a realização do procedimento;
 - **Vaginal** – cirurgia realizada pela vagina;
 - **Peri-cesárea** – laqueadura tubária realizada oportunamente durante a cesariana no momento da cesárea previamente indicada por motivo obstétrico.;
- c) Entendo também que a realização de cesariana com intuito de realização de esterilização feminina continua sendo proibida por lei;
- d) Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita de anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo Serviço de Anestesia.
- e) Fui orientada de que a laqueadura tubária não é um método 100% eficaz. Existe uma porcentagem de falha de 0,41% que independe do paciente ou do médico;
- f) Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
- g) A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, tem limitada taxa de sucesso reprodutivo, não é disponibilizada nos serviços do SUS e não deve ser considerada como uma possibilidade no momento da decisão pelo método contraceptivo definitivo. Em caso de dúvidas ou considerando haver chance de arrependimento, opte por um método contraceptivo seguro e efetivo, mas não definitivo.
- h) Assim como outros procedimentos cirúrgicos complicações que poderão surgir da laqueadura tubária, são: Intraoperatórias (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico; Pós-operatórias leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia e outras); Pós-operatórias graves e menos comuns (eventração, apneia, trombozes, hematomas, pelvipерitonites, hemorragia e perfuração de órgãos).
- i) Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;



j) O procedimento planejado da esterilização cirúrgica durante o período de parto (após passado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da minha vontade e o parto) poderá sofrer mudanças de técnica ou postergado, devido a condições médicas, técnicas ou de estrutura assistencial da maternidade;

k) Caso surjam contraindicações que impossibilitem realizar a laqueadura, entendo que a justificativa será registrada em prontuário e a equipe médica me orientará outro método para evitar gravidez;

l) Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os métodos de barreira, anticoncepção hormonal e dispositivos intrauterinos;

m) Tenho ciência, conforme disposto na Lei no 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que a esterilização será objeto de notificação à direção do Sistema Único de Saúde. Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento, antes que o procedimento de laqueadura tubária se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Consinto, portanto, ao (à) médico(a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Nome do paciente ou responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou responsável legal: _____

Identidade nº: _____ Órgão Emissor: _____

Brusque, _____ de _____ de _____. Hora: _____

Deve ser preenchido pelo médico:

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

Nome do médico: _____

Assinatura: _____

CRM: _____

Brusque, _____ de _____ de _____. Hora: _____

Observação: Preenchimento completo deste termo em 3 (três) vias originais, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra entregue ao paciente, e a terceira será entregue ao serviço especializado que realizará a cirurgia



DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- Documento de identidade e CPF;
- Cartão Nacional do SUS;
- Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) assinado pelo usuário e profissional com data e carimbo;
- Registro de nascimento dos filhos (se menor de 21 anos).

Observação: Para as pessoas que já estão com a documentação assinada anteriormente à publicação da lei, não é necessário refazer a documentação.