



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA

Eu, _____
RG nº: _____, Órgão Emissor: _____; ____ anos de idade, ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu médico (nome do profissional): _____ CRM: _____, manifesto o desejo de ser submetido à esterilização permanente (VASECTOMIA) 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.

Antes da cirurgia, foi-me informado que:

- a) A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção permanente da fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado.
- b) Trata-se de uma cirurgia 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, podendo haver ou não a necessidade da retirada dos pontos.
- c) As complicações que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção.
- d) Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas, deve-se procurar atendimento médico. - A vasectomia não interfere na função sexual, não causa impotência sexual e não previne a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.
- e) A cirurgia para reversão da vasectomia existe, mas a chance de recuperar a fertilidade é baixa e não está disponível na rede SUS.
- f) Existem outras formas para evitar gestações, que poderiam ser utilizadas sem causar interrupção permanente da fertilidade, tais como: preservativo, dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepcionais hormonais (pílulas, injetáveis, implantes ou transdérmicos).
- g) Existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.
- h) Recomenda-se o uso de outro método contraceptivo por 3 meses ou até o paciente ter ejaculado 20 vezes, número mínimo para “esvaziar” o trato genital. O retorno da atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção deve acontecer quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado (azoospermia).

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: _____

O termo deve ser rubricado em todas as folhas pelo paciente e pelo médico.

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.