

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA

Eu, abaixo assinado, procurei o serviço de saúde _____ por desejar operação de esterilização permanente, ou VASECTOMIA. Estou ciente dos esclarecimentos prestados pelo médico assistente e equipe multidisciplinar a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e outras opções de contracepção reversíveis existentes. Diante disso, manifesto o desejo, por minha livre e espontânea vontade, de ser submetido à vasectomia. Sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar no mínimo 60 dias (conforme Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, da Constituição Federal (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm)) e que posso revogar o consentimento que agora presto a qualquer momento antes da cirurgia. Estou ciente de que, na vigência de sociedade conjugal, o consentimento deve ser fornecido por mim e por minha parceira.

Antes da operação, foi-me informado que:

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. Trata-se de uma operação 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.

As complicações que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas, deve-se procurar atendimento médico. A vasectomia não interfere na função sexual nem causa impotência sexual (ou disfunção sexual).

Apesar de poder ser tentada, a reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização dos ductos deferentes, a chance de voltar a fertilidade é baixa.

Existem outras formas para evitar gestações que poderiam ser utilizadas sem causar interrupção permanente da fertilidade tais como: camisinha, DIU, pílulas anticoncepcionais, coito interrompido e tabela.

Existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez. Por isso, **o retorno da atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção deve acontecer quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado (azoospermia)**. O espermograma será realizado após 3 meses do procedimento ou após o paciente ter ejaculado 20 vezes, número mínimo para “esvaziar” o trato genital.

Nome do paciente: _____ Assinatura do paciente _____

Nome do cônjuge: _____ Assinatura do cônjuge _____

_____, ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico assistente _____