



Mário Palmério
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO DE VASECTOMIA

DECLARANTE

Nome:

Idade: Data Nascimento:/...../.....

Endereço:

Tel.: () : Cel.: () :

Identidade n.º: Órgão Expedidor:

Data de emissão: CPF:

☐

Paciente

☐

Representante legal

☐

Representante familiar

☐

Responsável

OBS.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente.

PACIENTE

Nome:

Idade: Data Nascimento:/...../.....

Endereço:

Tel.: () : Cel.: () :

Identidade n.º: Órgão Expedidor:

Data de emissão: CPF:

CÔNJUGE

Nome:

Idade: Data Nascimento:/...../.....

Endereço:

Tel.: () : Cel.: () :

Identidade n.º: Órgão Expedidor:

Data de emissão: CPF:

Médico

Assinatura/ Carimbo

Assistente Social

Assinatura/ Carimbo

Psicólogo

Assinatura/ Carimbo



Mário Palmério
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO DE VASECTOMIA

DECLARO

Que o Doutor:

Nome:

CRM n.º:

Instituição:

Informou-me que tendo em vista o desejo de CONTRACEPÇÃO DEFINITIVA

(Em minha pessoa ou no paciente supramencionado) ser conveniente e indicado proceder INTERVENÇÃO DE VASECTOMIA.

Esclareceu-me que:

1. A intervenção de Vasectomia consiste basicamente na INTERRUPÇÃO dos ductos deferentes como objetivo de impedir uma nova gravidez.
2. Esta técnica necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.
3. Embora, o método de vasectomia é o mais efetivo dos métodos de planeamento familiar, sua efetividade não é de 100%.
4. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
5. As complicações que poderão surgir são:
 - a) Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico.
 - b) Pós-operatórias:
 - Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, irritação hiperêmica, anemia...);
 - Graves e excepcionais (tromboses, hematomas, hemorragia...) perfurações de órgãos.
6. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
7. Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis:
 - Métodos de barreira;
 - Anticoncepção hormonal;
 - Contracepção intra-uterina;
 - Métodos naturais.



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO DE VASECTOMIA

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 e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições,

CONSINTO

Que se realize a INTERVENÇÃO DE VASECTOMIA proposta.

Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Local e data:

Cônjuge
Assinatura

Paciente
Assinatura

Representante/ Responsável
Assinatura

TESTEMUNHAS:

.....
NOME:

CPF:

.....
NOME:

CPF:

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: / / e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data:

Médico
Assinatura/ Carimbo

Paciente
Assinatura

Representante/ Responsável
Assinatura



Mário Palmério
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO DE VASECTOMIA

RELAÇÃO DE NÚMERO DE FILHOS

NOME:		
MÃE:		
PAI:		
DOCUMENTO:		
FOLHA:	LIVRO:	TERMO

NOME:		
MÃE:		
PAI:		
DOCUMENTO:		
FOLHA:	LIVRO:	TERMO

NOME:		
MÃE:		
PAI:		
DOCUMENTO:		
FOLHA:	LIVRO:	TERMO

NOME:		
MÃE:		
PAI:		
DOCUMENTO:		
FOLHA:	LIVRO:	TERMO

NOME:		
MÃE:		
PAI:		
DOCUMENTO:		
FOLHA:	LIVRO:	TERMO