



### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – VASECTOMIA

O presente documento registra a orientação dada ao paciente (beneficiário, pelo médico assistente, quanto aos aspectos técnico-médicos inerentes ao procedimento de esterilização conjugal (vasectomia) proposto e solicitado, previsto na legislação vigente, reforçando o necessário conhecimento prévio dos riscos e complicações possíveis decorrente 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 o paciente, a seguir identificado, 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 ultimo parto.

Nome: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### DECLARAÇÃO DO PACIENTE E CÔNJUGE

Eu, abaixo assinado, procurei por minha livre e espontânea vontade o Dr.(a) \_\_\_\_\_, para ser submetido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a uma operação de esterilização permanente, ou VASECTOMIA. Antes da operação, foi-me informado que:

1. A Vasectomia é um método cirúrgico de interrupção de fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado.
2. 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. Pode haver necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.
3. As complicações, raras, 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 complicações ou outras não descritas ou se ainda surgir qualquer dúvida ou problema, o médico responsável ou da respectiva equipe devem ser contatados imediatamente.
4. Apesar de a Vasectomia ser um método de esterilização permanente, não possui 100% de eficácia existindo a possibilidade de recanalização espontânea (natural), permitindo a passagem dos espermatozoides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados, restabelecendo a fertilidade, com possibilidade de ocasionar gravidez.
5. Apesar da possibilidade de reversão da Vasectomia, a recanalização do ducto deferente não possui cobertura no plano de saúde. Quanto maior o tempo de interrupção do deferente, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade.
6. O método não interfere no desempenho e nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Homens vasectomizados não estão mais expostos a doenças do que homens não submetidos ao procedimento.
7. O paciente só poderá retomar a sua atividade sexual, sem qualquer forma de anticoncepção, quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no material ejaculado.
- 8. Conforme previsto em Lei, tenho pelo menos 02 (dois) filhos (as) vivos (as), comprovados com as cópias das certidões de nascimento em anexo ou ser maior de (25) vinte e cinco anos de idade.**
9. Declaro ainda que minha decisão de procurar o médico assistente acima citado ocorreu há mais de 60 (sessenta) dias e que na ocasião ele me recomendou que procurasse serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar.
10. Declaro ainda que fui informado a respeito de métodos alternativos para não ocasionar gravidez e que não tenho mais quaisquer dúvidas e/ou questões, todas esclarecidas pelo meu médico assistente, com linguagem clara, e que compreendi perfeitamente.

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 submetido à Vasectomia, por minha livre e espontânea vontade, bem como expor-me a riscos e efeitos colaterais indesejáveis. **Estou ciente e concordo plenamente que o procedimento de reversão da vasectomia não possui cobertura pelo PAS – Programa de Assistência à Saúde aos Servidores da UFMS.**

Apesar do fornecimento de todas as informações necessárias e do aconselhamento, de maneira satisfatória, sobre a Vasectomia, 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 Vasectomia.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente (beneficiário)

\_\_\_\_\_  
De acordo – Assinatura do cônjuge

Nome e identidade do cônjuge: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_