|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dados do Paciente** | | | | | | | |
| Nome do Paciente | | | | | | | Estado Civil |
| Idade | Profissão | | Identidade | | | | CPF |
| Endereço de Residência | | | | | | | |
| Telefone | | | | E-mail | | | |
| Número de Filhos Vivos | | | | | | | |
| Nome e Idade dos Filhos | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Nome do Cônjuge / Convivente | | | | | | | |
| Identidade | | | | CPF | | | |
| Telefone | | | | E-mail | | | |
| Data da Consulta | | Data da Cirurgia | | | | Data da Alta | |
| Registro Hospitalar | | | | | | | |
| **Termo de Responsabilidade** | | | | |  | | |

Por este termo, em plena capacidade de discernimento, manifesto a vontade de submeter-me, voluntariamente, a cirurgia de vasectomia, e ainda, declaro:

1. Estar ciente das regras do planejamento familiar, observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, sabendo que não será aceita a minha manifestação de vontade se estiver sobre influência de álcool, drogas, estado emocional alterado, ou por incapacidade mental temporária ou permanente;
2. Que fui informado que existem outros métodos alternativos de contracepção a minha disposição, como preservativos, coito interrompido e todos os demais métodos naturais e de barreira. Fui também informado de que a intervenção de vasectomia consiste basicamente na interrupção da continuidade do(s) duto(s) deferente(s) e das dificuldades de uma eventual reversão do procedimento. Fui informado que existe possibilidade (pequena) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, de ocorrer a passagem dos espermatozoides de um ducto para o outro, permitindo assim a fertilidade com possível gravidez indesejada. Esse procedimento é usualmente realizado em nível ambulatorial e sob anestesia local. Foi salientado pelo médico que após a vasectomia poderei voltar a ter relações sexuais sem risco de gravidez somente quando o espermograma acusar ausência de espermatozoides no exame laboratorial, que normalmente é realizado depois de um número não inferior a 25 (vinte e cinco) ejaculações;
3. Que recebi do médico as orientações sobre os cuidados que devo seguir para alcançar o melhor resultado, estando ciente de que nessa cirurgia poderão ocorrer complicações intraoperatórias: hemorragias e queimaduras por bisturi elétrico); e pós-operatórias: seromas, hematomas (sangramento interno) hemorragias e infecções entre outras; quando então deverei informá-lo, imediatamente sobre essas possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir, assim como, retornar ao consultório/hospital nos dias determinados por ele;
4. Que em toda intervenção existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente; que se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;

1. Que foi esclarecido ser do meu livre arbítrio a decisão a ser tomada, bem como que poderei desistir de realizar o procedimento cirúrgico a qualquer momento, sem necessidade de apresentar explicações.

Pelo presente, DECLARO que entendi todas as informações, orientações e explicações prestadas e repassadas pelo médico, em linguagem simples e clara, e que minhas dúvidas foram plenamente esclarecidas. Assim sendo, declaro-me satisfeito com as informações, orientações e explicações recebidas, compreendendo o alcance e os riscos da cirurgia de vasectomia.

Por tal razão, manifesto expressamente minha concordância e consentimento para realização do procedimento acima descrito.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **/ /** |  |  |
| **Data** |  | **Assinatura da Paciente** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Documentos Anexos** |  |
| . Certidão de Casamento / Declaração de União Estável (quando aplicável);  . Carteira de Identidade; e  . Certidões de Nascimento dos Filhos. | |
| **Revogação** | |
| Revogo o consentimento prestado em      , desistindo de prosseguir o tratamento.   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **/ /** |  |  |  |  |  |  | | **Data** |  | **Assinatura da Paciente** |  | **Testemunha 1** |  | **Testemunha 2** | |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **Observação** | |
| O preenchimento completo deste termo será em três vias originais, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra entregue ao paciente ou responsável legal e a terceira, à Unimed para comunicação ao SUS. As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia deste termo. | |