

**FOP 028.03 - TERMO DE CONSENTIMENTO DE CIRURGIA ESTERILIZADORA MASCULINA - VASECTOMIA**
**INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (TITULAR)**

<b>Nome (completo e sem abreviação):</b>			<b>CIB:</b>
<b>CPF:</b>	<b>Data de Nascimento:</b> / /	<b>Telefone Com./Res.:</b> ( )	<b>Telefone Celular:</b> ( )
<b>Endereço:</b>		<b>Estado Civil:</b>	<b>CEP:</b>
<b>E-mail:</b>			

**INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (DEPENDENTE)**

<b>Nome (completo e sem abreviação):</b>			<b>CIB:</b>
<b>CPF:</b>	<b>Data de Nascimento:</b> / /	<b>Telefone Com./Res.:</b> ( )	<b>Telefone Celular:</b> ( )
<b>Endereço:</b>		<b>Estado Civil:</b>	<b>CEP:</b>
<b>E-mail:</b>			

**Informações Importantes:**

Este FOP registra a orientação dada ao 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 decorrentes 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 DA PACIENTE**

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

- 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.
- Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso necessário. São feitos um ou dois cortes no escroto, que são posteriormente suturados. Pode haver necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.
- 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.
- 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.
- Apesar da possibilidade de reversão da Vasectomia, a recanalização do ducto deferente não possui cobertura nesta operadora de plano de saúde. Quanto maior o tempo de interrupção do deferente, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade.
- O método não interfere no desempenho e nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Homens vasectomizados não estão mais/menos expostos a doenças do que homens não submetidos ao procedimento.
- O paciente só poderá retomar a sua atividade sexual, sem qualquer forma de anticoncepção, quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no material ejaculado

Diante do exposto, eu \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_ anos, e meu cônjuge\* - abaixo citado(a) estamos ciente de todos os esclarecimentos que me foram fornecidos e manifesto meu desejo em ser submetido à Vasectomia, por minha livre e espontânea vontade.

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**\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local e Data\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cônjuge\*

Obs.: Obrigatório reconhecimento de firma por autenticidade do Beneficiário e de seu cônjuge

**Nome do Cônjuge:****RG:****CPF:****Data de Nascimento:** / /**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 e quantidade de filhos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local e Data\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Médico assistente

(\*) caso houver cônjuge.