

**PE-2RHU-00061**  
**AMS – ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE**  
Anexo C – Termo de Consentimento Informado para Laqueadura Tubária  
Esterilização Cirúrgica Voluntária Feminina

**IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DA AMS**

*(Preencher com letra de forma ou letra manuscrita legível)*

<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependente
Nome completo: _____ Matrícula/CB: _____	
CPF: _____ Nº do documento de Identificação: _____	
Unidade de Lotação: _____	
Endereço: _____	
Complemento (apto., casa, bloco): _____ Bairro: _____ UF: _____	
Cidade: _____ CEP: _____ - _____	
Telefone 1: ( _____ ) _____ Telefone 2: ( _____ ) _____	
E-mail: _____ Nº de filhos vivos: _____	
Grau de Instrução: ( ) Analfabeto ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Superior ( ) Pós-Graduado ( ) Completo ( ) Incompleto	
Estado Civil: ( ) solteira ( ) casada ( ) união estável ( ) separada ( ) divorciada ( ) viúva	
Métodos contraceptivos reversíveis usados anteriormente: ( ) DIU ( ) hormônio injetável ( ) espermicida ( ) diafragma ( ) preservativo ( ) anticoncepcional oral ( ) outros: _____	
Data da manifestação do desejo de realizar esterilização voluntária: ____ / ____ / ____ .	

Declaro que o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, Conselho Regional nº \_\_\_\_\_, da instituição \_\_\_\_\_, me esclareceu que a intervenção de laqueadura tubária consiste basicamente na interrupção da continuidade das Trompas de Falópio (tubas uterinas), com o objetivo de impedir uma nova gravidez.

Estou ciente que:

1. Para a realização desta intervenção existem várias formas de abordagem cirúrgica: laparoscópica, mini-laparotomia, via vaginal, pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea).
2. Este procedimento necessita de anestesia, que será avaliada pelo serviço de anestesiologia do local onde será realizada a intervenção.
3. Embora o método de laqueadura tubária seja o mais efetivo dos métodos do planejamento familiar, sua efetivação não é de 100%, existindo uma porcentagem de falha de 0,41%.
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 podem surgir são: intra-operatórias (hemorragias, lesões de órgãos, etc.), pós-operatórias (seromas, hematomas, cistites, anemia, infecção, etc.) ou graves e excepcionais (eventrações, apnéia, trombose, pelvipерitonites, hemorragias, perfuração de órgãos, etc.).
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, anticoncepcional hormonal, contracepção intrauterina e métodos naturais.

**PE-2RHU-00061**  
**AMS – ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE**  
Anexo C – Termo de Consentimento Informado para Laqueadura Tubária  
Esterilização Cirúrgica Voluntária Feminina

---

( ) Informou-me que, tendo em vista meu diagnóstico de \_\_\_\_\_, CID 10 \_\_\_\_\_, é conveniente e indicado proceder à intervenção de laqueadura tubária.

( ) Informou-me que, tendo em vista meu diagnóstico de \_\_\_\_\_, CID 10 \_\_\_\_\_, eu ou meu futuro conceito corremos risco de vida e, portanto, está indicada a realização de laqueadura tubária.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples e minhas dúvidas foram todas esclarecidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento. Por tal razão e, nestas condições, consinto que se realize a intervenção de laqueadura tubária proposta. Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.  
(cidade) (UF) (dia) (mês) (ano)

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

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do cônjuge – na vigência de sociedade conjugal)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo do médico)

**Data da realização da Cirurgia de Esterilização Voluntária Feminina: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.**

Executado no Sistema Informatizado por: \_\_\_\_\_

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. Matrícula: \_\_\_\_\_

**REVOGAÇÃO**

Revogo o consentimento prestado em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e não desejo realizar o procedimento.

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.  
(cidade) (UF) (dia) (mês) (ano)

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

Executado no Sistema Informatizado por: \_\_\_\_\_

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. Matrícula: \_\_\_\_\_