



CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

Conforme estabelece a Lei 14.443 de 02/09/22, publicada no Diário Oficial da União de 05/09/2022 (p.5,col.1) ,eu _____,

_____, declaro, para fins de cobertura dos procedimentos com finalidade de planejamento familiar, que pretendo submeter-me, já com informações sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia, à contracepção cirúrgica pelo método de Laqueadura Tubária e estou ciente de que:

1. Existem outros métodos contraceptivos oferecidos pelo Ministério da Saúde dos quais fui informada adequadamente durante o meu período de aconselhamento por profissionais capacitados na Rede;
2. A contracepção cirúrgica é um método definitivo, podendo apresentar efeitos colaterais, onde me foram informados no período de aconselhamento como, por exemplo, alterações em meu ciclo menstrual decorrentes de aumento de fluxo, frequência e cólicas.
3. A cirurgia tem riscos operatórios podendo ocorrer infecção, sangramentos, lesão vascular (hemorragia), lesão de bexiga, ureter e intestino, trombose venosa, tromboembolismo pulmonar, embolia gasosa, arritmia, morte. Estou ciente que podem ocorrer complicações pós-operatórias como náuseas, vômitos, retenção urinária, dor abdominal e na região escapular (ombro), e complicações tardias como infecção operatória, infecção urinária, hérnia incisional e possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira);
4. A Laqueadura Tubária como método contraceptivo pode, ocasionalmente, ter falhas (risco de 0,5% a 1%);
5. Estarei interrompendo, com a cirurgia, minha capacidade reprodutiva;
6. Tenho capacidade civil plena e sou maior de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, e tenho manifestado minha vontade de esterilização com o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias anteriormente ao ato cirúrgico;
7. A esterilização cirúrgica, como método contraceptivo, somente será executada através de laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através de histerectomia e ooforectomia.

Ciente e de acordo:

Nome: _____

Idade: _____

CPF: _____

Nº de filhos: _____

Os profissionais de saúde devem dar todas as informações necessárias e aconselhá-la (o) e você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada.

Sua assinatura neste documento atesta o reconhecimento e aceitação em realizar o procedimento de Laqueadura Tubária.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura da (o) usuária (o)



ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Médico responsável pelo procedimento:

Declaro que estou ciente das normas e critérios estabelecidos na Lei 9.263, 12/01/1996 e das alterações produzidas Lei 14.443 de 02/09/2022 para realização de esterilização cirúrgica. Ciente também da obrigação de efetuar notificação compulsória de realização da mesma, conforme os termos do seu art. 11 da lei Lei 9.263, 12/01/1996..

Local e data: _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura com carimbo médico