
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	Preencher quando não houver etiqueta		
		Paciente:		
	<b>LAQUEADURA TUBÁRIA</b>	Data de Nascimento:		
		Prontuário:		

Descrição do Procedimento / Objetivos / Riscos e Benefícios
<p>Eu, _____          _____ (nome da paciente), portadora da cédula de identidade com RG          número _____, idade: _____ anos, estado          civil: _____, inscrita no CPF sob          nº _____, declaro para os devidos fins que o Dr. (a)          _____ (nome do médico que indicou o procedimento)          foi livremente procurado por mim com a finalidade de realizar esterilização cirúrgica – laqueadura tubária          – dentro do que preceitua a Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, publicada no DOU em 20 de agosto de          1997.</p> <p><b>O QUE É UMA LAQUEADURA TUBÁRIA?</b> Consiste basicamente na interrupção da continuidade das trompas de Falópio (que serão cortadas e/ou amarradas ou retiradas), com o objetivo de impedir uma nova gravidez de forma permanente. Tive ciência que para a realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia: laparoscópica – cirurgia realizada por meio de quatro pequenos cortes realizados no abdome; microlaparotomia – que é semelhante a uma cesárea; via vaginal – cirurgia realizada pela vagina; pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea) ou ainda por histeroscopia.</p> <p><b>EXISTEM OUTROS MÉTODOS DE ESTERILIZAÇÃO ALÉM DA LAQUEADURA?</b> Sim. Declaro que estou ciente de que existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis: métodos de barreira como preservativos e diafragma, uso de anticoncepcionais hormonais (de uso oral, injetáveis, adesivos ou por anel vaginal), contracepção intrauterina por meio de dispositivos posicionados dentro do útero (DIU) e mesmo métodos naturais (tabelinha). Antes da minha decisão, me foi oferecida a possibilidade de consultar uma equipe multidisciplinar para esclarecimento de minhas dúvidas e para desencorajar a esterilização precoce.</p> <p><b>HAVERÁ NECESSIDADE DE ANESTESIA?</b> Sim, todo procedimento é realizado com anestesia, que será avaliada por médico anesthesiologista.</p> <p><b>POSSO TER A CERTEZA DE QUE UMA NOVA GESTAÇÃO NUNCA MAIS ACONTECERÁ?</b> Não. Estou ciente que, embora o método de esterilização seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é 100%, existindo uma percentagem de falha de 0,5% de ocorrer recanalização com possibilidade de gravidez indesejada e a culpabilidade não pode ser atribuída ao médico executante.</p> <p><b>A LAQUEADURA PODERÁ SER REVERTIDA?</b> Tenho ciência de que, apesar de possível, a reversão desta cirurgia (reconexão das trompas) é difícil e com poucas chances de sucesso e nem sempre com cobertura garantida pelos planos de saúde.</p> <p><b>QUAIS OS RISCOS E DESCONFORTOS DE UMA LAQUEADURA?</b> Fui informada pelo médico de que, como em toda a intervenção cirúrgica, existe um risco potencial de morbidade e mortalidade, derivado do ato</p>

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	<b>Preencher quando não houver etiqueta</b>	
	<b>LAQUEADURA TUBÁRIA</b>	Paciente:	
		Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

cirúrgico, que pode ser aumentado dependendo da situação vital de cada paciente. As complicações que poderão surgir são: a) durante a cirurgia: risco de hemorragias (sangramentos) e lesões de outros órgãos próximo ao local a ser operado (como a bexiga); b) após a cirurgia: podem ocorrer complicações que variam desde as mais leves, porém mais comuns como seromas, cicatrizes altas (quelóides), hemorragias (sangramentos) e infecções (pélvicas ou cistites, etc.), até complicações mais graves, como trombozes, perfurações de órgãos e raramente o óbito. No futuro, a técnica pode contribuir para menopausa precoce, varizes pélvicas, dores pélvicas e menstruação irregular.

**E SE ALGO NÃO CORRER COMO O ESPERADO?** Neste caso, concordo e autorizo meu médico a realizar, durante minha internação, todos os atos necessários para preservar minha vida, inclusive transfusão de sangue e hemocomponentes, modificar a técnica cirúrgica definida, para o melhor resultado da minha cirurgia.

**DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL**

CIENTE de todas estas informações, DECLARO que:

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, e que tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas que me ocorreram, compreendendo bem o alcance e riscos do tratamento.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto, antes que o procedimento cirúrgico seja realizado.

Afirmo também, que entre a tomada de minha decisão e a realização do procedimento decorreu-se um período mínimo de sessenta dias.

Por tal razão e nestas condições **CONSINTO ESPONTANEAMENTE** que se realize a **ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA**.

Aracaju, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

(  ) PACIENTE      (  ) RESPONSÁVEL – Neste caso, preencher grau de parentesco.


\_\_\_\_\_  
Assinatura da paciente ou responsável legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do cônjuge (OBRIGATÓRIO caso seja casada ou união estável)

Aracaju \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO**

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	<b>Preencher quando não houver etiqueta</b>	
	<b>LAQUEADURA TUBÁRIA</b>	Paciente:	
		Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

Declaro que esclareci todas as dúvidas pertinentes ao paciente e/ou responsável legal e fiquei a disposição para responder perguntas. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável legal está em condições de compreender o tratamento proposto.

Assinatura e carimbo do profissional: \_\_\_\_\_

Aracaju \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

#### CONSENTIMENTO NÃO OBTIDO: Emergência e Urgência

Devido ao quadro clínico grave do paciente, em urgência ou risco iminente de morte, não foi possível fornecer ao mesmo ou ao seu responsável as informações necessárias para a obtenção deste consentimento informado. Assim, baseado no melhor julgamento clínico e respaldado pelas melhores práticas médicas, realizei e registrei em prontuário o motivo da necessidade do procedimento em caráter emergencial e os procedimentos necessários e adequados para melhorar a situação clínica do paciente.

Assinatura e carimbo do profissional: \_\_\_\_\_

Aracaju \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

#### PREENCHER EM CASOS DE REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO

(preencher apenas quando a paciente por algum motivo desista do procedimento, após ter assinado o termo)

Revogo o consentimento prestado na data \_\_\_\_\_ e não desejo prosseguir o procedimento, que dou com esta finalizado.

Aracaju, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da paciente ou responsável legal