

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 1 de 4

LEIA ANTES DE ASSINAR



SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA CONTRACEPTIVA MASCULINA (VASECTOMIA)

Prezado(a) ,

Ao assinar este documento, você estará autorizando a realização de intervenção cirúrgica e declarando ter recebido todas as informações necessárias para a exata compreensão de seu diagnóstico, do tratamento proposto e dos riscos envolvidos. Leia todo o documento antes de assiná-lo! Este documento somente deverá ser assinado se todas as suas dúvidas já tiverem sido esclarecidas e estiver de acordo com as declarações descritas abaixo, de forma livre, espontânea e esclarecida.

A assinatura do presente documento representa sua concordância e comprometimento em seguir as orientações das condutas pré-operatórias e pós-operatórias, inclusive quanto ao seguimento do tratamento com equipe multidisciplinar. O paciente é livre para não consentir com o procedimento, sem qualquer penalização ou sem prejuízo a seu cuidado.

Apesar de seu Médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu Médico.

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL			
Nome	Henrique Gobbi Tótola	CRM	11766
Telefone	27992542135		
Especialidade	Urologia	RQE	
Endereço	Rua Henrique Moscoso, 531 - Praia da Costa		
Cidade	Vitória	UF	ES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome			Tel.		
RG		CPF		Nasc.	
Endereço					
Cidade			UF		

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

Rubrica do paciente ou rep. legal	
---	--

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 2 de 4

LEIA ANTES DE ASSINAR

ESCLARECIMENTOS CONTEÚDO OBRIGATÓRIO (Resolução CFM nº 1/2016)

Descrição, sucinta, clara e objetiva do procedimento cirúrgico

Eu, abaixo assinado, autorizo o médico autorizado e/ou seus assistentes a realizar o procedimento

CIRURGIA CONTRACEPTIVA MASCULINA (VASECTOMIA), procedimento que bloqueia a passagem dos espermatozoides pelo canal deferente do testículo para a uretra, impedindo de maneira definitiva que eu não mais engravide, ou seja, fique impossibilitado definitivamente de gerar filhos pelos métodos naturais.

Antes do procedimento me foi explicado outras formas de evitar filhos, tantos os relativos especificamente ao homem, quanto os relativos ao casal ou à mulher, como o uso de preservativos (camisinha), DIU, pílulas anticoncepcionais, laqueadura das trompas, tabela. Também me explicaram que a cirurgia contraceptiva masculina é uma operação que se faz com anestesia local (com ou sem sedação associada) e que são feitos um ou dois cortes no escroto, que geralmente são, no final, fechados com pontos. Fui esclarecido também sobre as possíveis complicações dessa cirurgia. Podem ocorrer sangramentos, com ou sem hematoma, manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), infecção, dor temporária ou, mesmo, bastante prolongada (raramente). Relatos médicos mostram que um em cada 2000 homens com azoospermia pós-cirurgia esterilizadora masculina eventualmente ainda pode engravidar mesmo com a confirmação da esterilidade após a cirurgia (seguindo os parâmetros das diretrizes das Sociedades de Urologia Brasileira, Americana, Europeia e Canadense: ausência de espermatozoides ou a presença de espermatozoides imóveis em quantidades inferiores a 100.000 mil por mililitro)

Fui informado que após a cirurgia devo continuar a ter os mesmos cuidados para evitar ter filhos nas relações sexuais, até que seja liberado pelo meu médico ou seu assistente mediante a apresentação de um espermograma que constate a esterilização.

Também me foi informado que, caso eu me arrependa de ter optado por esse procedimento, as opções são:

- 1) Submeter-me à uma reversão cirúrgica da vasectomia, mas que esse procedimento pode não ser autorizado pelo meu seguro de saúde, implicando em custos que eu teria que arcar, e que nem sempre se obtém o retorno da fertilidade.
- 2) A fertilização assistida, com técnicas de obtenção de espermatozoides por punção e aspiração de elementos do escroto, pode ser usada para se tentar uma nova gestação, porém sem sucesso garantido.
- 3) O sucesso da reversibilidade é dependente, entre outros fatores, do tempo decorrido entre o ato da vasectomia e o desejo de reversão. Quanto maior este intervalo, menores as chances de fertilidade após a reversão.
- 4) É possível, antes da cirurgia esterilizadora, coletar e criopreservar (congelar) os espermatozoides, que poderiam ser usados num procedimento de fertilização assistida no futuro. Isto gera custos extras e não cobertos pelos planos de saúde ou pelo SUS.

Outros aspectos a serem ressaltados:

- 1) A cirurgia esterilizadora masculina não protege contra infecções sexualmente transmissíveis.
- 2) Complicação pouco frequente após a cirurgia esterilizadora masculina é a dor crônica escrotal, variando de 1 a 14% dos pacientes. Embora a dor seja usualmente leve e temporária, algumas vezes pode se tornar

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

Rubrica do paciente ou rep. legal	
---	--

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 3 de 4

LEIA ANTES DE ASSINAR

crônica e prolongada, requerendo tratamento medicamentoso ou, mesmo, uma cirurgia para sua resolução.

3) Diante do que a ciência diz, a cirurgia esterilizadora masculina não tem quaisquer correlações com outras doenças, como: câncer de próstata, hipertensão, câncer de testículo, demência, diabetes, obesidade, disfunção erétil (impotência sexual) ou perda de libido.

4) Embora bastante rara, existe a probabilidade de reversão espontânea da vasectomia, eventualmente até com a possibilidade de ocorrer gravidez.

Por fim, fui informado que existe no Brasil a Lei 14.443 de 2022 que normatiza a operação cirúrgica contraceptiva. Por esta lei não é necessário que eu comunique à minha esposa ou parceira sobre minha decisão de ser submetido a esta cirurgia, que a decisão de fazer ou não essa comunicação cabe exclusivamente a mim. Entretanto, pode ser aconselhável que exista essa conversa entre as partes. Outrossim, eximo o meu médico e sua equipe de qualquer responsabilidade sobre minha decisão pessoal a respeito disso.

Ainda segundo a legislação vigente, é necessário que haja um intervalo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a assinatura deste documento e a realização da cirurgia esterilizadora masculina, período em que eu posso refletir melhor sobre a minha decisão de realizar o procedimento.

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

Rubrica do paciente ou rep. legal	
---	--

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 4 de 4

LEIA ANTES DE ASSINAR

DECLARAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo. Todos os espaços em branco foram preenchidos antes que eu assinasse este formulário.

Local e data: _____, ____ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável legal

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Na qualidade de médico responsável e em cumprimento à Resolução CFM nº 1/2016, DECLARO que expliquei ao paciente, de forma clara, objetiva e verbal, todo o procedimento cirúrgico proposto, prestando-lhe todas as informações pertinentes, inclusive aquelas especificadas acima. Também foram por mim prestados todos os esclarecimentos solicitados pelo paciente, após os quais, este se declarou consciente, esclarecido e isento de dúvidas.

Local e data: _____, ____ de _____ de _____

Médico responsável

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

Rubrica do paciente ou rep. legal	
---	--