ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
CIRURGIA CONTRACEPTIVA MASCULINA (VASECTOMIA)

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Hospital Dia.

PROCEDIMENTO: CIRURGIA CONTRACEPTIVA MASCULINA, procedimento que bloqueia a passagem dos espermatozoides pelo canal deferente do testículo para a uretra, impedindo de maneira definitiva que eu não mais engravide a minha companheira, ou seja, fique impossibilitado de fazer filhos definitivamente. Antes do procedimento foi me explicado e para a minha companheira, outras formas de evitar filhos, como o uso de camisinha, DIU, pílulas anticoncepcionais, tabela. São feitos um ou dois cortes no escroto, que são no final fechados com pontos, (não precisam ser retirados depois).
A técnica que será utilizada me foi explicada com detalhes pelo, Dr (a) _____ _____ CREMEB:_____ que também me informou outras opções para o tratamento da minha doença. É necessária a minha cooperação com o tratamento, fazendo alterações nos meus hábitos de vida para atender às orientações pré e pós-operatórias que me foram concedidas.
O tratamento cirúrgico designado "CIRURGIA CONTRACEPTIVA MASCULINA", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. O procedimento pode acarretar riscos que me foram explicados e que compreendi, tais como: pode ocorrer hematoma (sangramento); manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses); dor ou infecção (febre). Existe uma possibilidade muita pequena (1 em cada 2000 cirurgias contraceptivas masculinas) de ocorrer recanalização espontânea, o que quer dizer que o homem pode voltar a engravidar sua companheira. Posso retornar ao meu trabalho no outro dia e relações sexuais com uma semana. Sobre as relações sexuais depois da operação, os médicos deixaram bem claro que nós devemos continuar a ter os mesmos cuidados para evitar filhos até que complete 25 ejaculações e, que tenha feito um espermograma mostrando ausência de espermatozoides no ejaculado, ou seja, depois da operação eu devo fazer um espermograma, mostrar aos médicos e só depois de eles constatarem que não tem mais espermatozoides é que nós poderemos ter relações sem qualquer forma de método para evitar filhos. Também foi explicado que a operação cirúrgica contraceptiva masculina é definitiva, vou ficar infértil para o resto de minha vida. Uma operação que se faz para reverter à fertilidade não é segura para todos. Por fim, foi nos dito que existe uma lei no Brasil que normaliza a operação cirúrgica contraceptiva masculina. Por esta lei é necessário que eu tenha 60 dias para pensar juntamente com minha companheira sobre a operação.
O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um dreno cirúrgico na incisão ou ao lado dela, para saída de secreções que será removido após alguns dias. O procedimento acima descrito apresenta, de uma maneira geral, benefícios satisfatórios, mas não existe garantia total de resultado favorável.
Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste Termo de Consentimento e até mesmo o óbito. Pode ser necessária a modificação da técnica proposta bem como a realização de outros procedimentos por motivo de intercorrências, de complicações ou de achados inesperados e, caso haja tempo hábil, serei consultado para a sua realização. No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
CIRURGIA CONTRACEPTIVA MASCULINA (VASECTOMIA)

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infectores Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário).
2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário).
3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. Cirurgias infectadas – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

PÓS-OPERATÓRIO: Depois da cirurgia proposta é necessário o acompanhamento médico no período pós-operatório.

Declaro para todos os fins legais, especialmente no disposto no artigo 39, VI da Lei 8.078/90 que dou plena autorização ao médico por mim escolhido e sua equipe, para executar o tratamento cirúrgico designado e todos os procedimentos que se fizerem necessários, além da anestesia e outras condutas médicas cirúrgicas que tal tratamento venha a exigir.

( ) **Não autorizo transfusão de sangue** ( ) **Autorizo transfusão de sangue**

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

( ) Paciente

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
CIRURGIA CONTRACEPTIVA MASCULINA (VASECTOMIA)

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

( ) Responsável

Nome: _____

Identidade nº:_____ Grau de Parentesco:_____

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

Declaração do Médico Responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o procedimento, os riscos e complicações, as orientações pré e pós procedimento. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____