

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

Descrição do Procedimento / Objetivos / Riscos e Benefícios
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, alterada pela Lei nº 14.443, de 02 de setembro de 2022. O QUE É UMA LAQUEADURA TUBÁRIA? 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. EXISTEM OUTROS MÉTODOS DE ESTERILIZAÇÃO ALÉM DA LAQUEADURA? 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. HAVERÁ NECESSIDADE DE ANESTESIA? Sim, todo procedimento é realizado com anestesia, que será avaliada por médico anestesiológico. POSSO TER A CERTEZA DE QUE UMA NOVA GESTAÇÃO NUNCA MAIS ACONTECERÁ? 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. A LAQUEADURA PODERÁ SER REVERTIDA? 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. QUAIS OS RISCOS E DESCONFORTOS DE UMA LAQUEADURA? Fui informada pelo médico de que, como em toda a intervenção cirúrgica, existe um risco potencial de morbidade e mortalidade, derivado do ato 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

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

período mínimo de sessenta dias.

Por tal razão e nestas condições CONSENTO 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

- Não há mais obrigatoriedade da autorização do cônjuge

Aracaju ____/____/____

Hora: ____:____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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