

	TERMO DE CIÊNCIA	Preencher quando não houver etiqueta	
	NÃO REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA	Paciente:	
		Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

TERMO DE CIÊNCIA DE NÃO REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA

Sabedores da intenção prévia da paciente supra identificada, de que fosse realizado o procedimento cirúrgico de laqueadura (esterilização cirúrgica), conforme preceitua a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, publicada no DOU em 20 de agosto de 1997, viemos por meio deste documento comunicar que:

A cirurgia proposta de laqueadura tubária não foi realizada durante o momento do parto ou na internação. A recusa na realização foi embasada, pois o médico pode se recusar a realizar algum ato médico, que embora permitido por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência, conforme item IX do capítulo do Código de Ética Médica que trata dos direitos médicos. Ainda no que diz respeito a responsabilidade profissional, no capítulo III, artigo 15º, é vedado ao médico descumprir a legislação específica sobre esterilização. O código de ética pode ser acessado na Resolução CFM nº 2.217/2018.

Eu, _____
 _____ (nome da paciente), portadora da cédula de identidade com RG
 número _____, idade: _____ anos, estado civil: _____,
 inscrita no CPF sob nº _____, declaro que FUI COMUNICADA pelo colaborador
 da Clínica Santa Helena abaixo identificado de que **O PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA NÃO
 FOI REALIZADO DURANTE O PARTO.**

Declaro ainda que estou ciente de que existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis e me responsabilizo em utilizar algum destes 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). Estou ciente de que todos estes métodos tem um índice esperado de falhas e me responsabilizo pela escolha que farei.

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 comunicado.



TERMO DE CIÊNCIA

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente:

Data de Nascimento:

Prontuário:

NÃO REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA

DEVE SER PREENCHIDO PELA PACIENTE (NUNCA PELO RESPONSÁVEL)

Aracaju, ____ de _____ de 20____.

CIENTE DA **NÃO** REALIZAÇÃO DA LAQUEADURA TUBÁRIA,

Assinatura da PACIENTE

Assinatura e carimbo do colaborador responsável pela aplicação do termo

Hora: _____:_____