

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA ESTERILIZADORA FEMININA

Este documento tem o objetivo de a paciente expressar sua concordância com a cirurgia esterilizadora voluntária feminina (ligadura de trompas ou laqueadura tubária), ciente dos cuidados e dos riscos envolvidos. Este documento somente deverá ser assinado se todas as dúvidas tiverem sido esclarecidas. A assinatura no presente documento representa o consentimento da paciente na realização da cirurgia e seu comprometimento em seguir as orientações médicas.

Eu, \_\_\_\_\_,  
nascida em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (estado civil),  
portadora da Cédula de Identidade RG nº \_\_\_\_\_, inscrita no  
CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, residente na  
\_\_\_\_\_, Cidade  
\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, CEP  
\_\_\_\_\_, **manifesto o desejo de ser submetida a cirurgia esterilizadora  
voluntária feminina (ligadura de trompas ou laqueadura tubária) por minha livre e  
espontânea vontade,** a ser realizada pelo(a) Dr(a)  
\_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_.

### DECLARO ter sido informada que:

- A cirurgia esterilizadora voluntária feminina (ligadura de trompas ou laqueadura tubária) é um método anticoncepcional permanente e consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, que serão cortadas e/ou amarradas ou retiradas, impedindo a gravidez.
- Existem diferentes técnicas para sua realização, como microlaparotomia (microcesárea), videolaparoscopia, pela vagina ou por um exame chamado histeroscopia, sendo que, em todas, será feito uso de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos são de indicação e responsabilidade exclusiva do médico anestesista.
- Existem outras opções de métodos de contracepção reversíveis, como o DIU, implante, anticoncepcionais hormonais (via oral, injetáveis, adesivos, anel vaginal) além de métodos de barreira como o preservativo e o diafragma.
- Posso consultar uma equipe multidisciplinar para esclarecimento de minhas dúvidas e para desencorajar a esterilização precoce.

- Embora seja um dos métodos mais efetivos para evitar gravidez, existe um percentual de falha de 2%, que independe do paciente ou do médico.
  - Apesar de possível, a reversão desta cirurgia (reconexão das trompas) é difícil, com poucas chances de sucesso e nem sempre tem cobertura garantida pelos planos de saúde.
  - Os riscos mais comuns dessa cirurgia são dor, infecção, sangramentos, lesões de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, seromas, trombozes, sendo excepcional a ocorrência óbito.
  - Essa cirurgia pode resultar em cicatriz associada ou não a quelóide (cicatriz alta em forma de cordão), que independem da habilidade médica e que ocorrem devido a características pessoais.
  - Os possíveis efeitos colaterais, a longo prazo, são varizes pélvicas (vasos dilatados ao lado do útero), menopausa precoce, dores pélvicas, menstruação irregular.
  - Outras observações:
- 
- 

**CIENTE de tais informações, DECLARO que:**

- Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclareci todas as dúvidas que me ocorreram, estou satisfeita com as informações recebidas e compreendo o alcance e riscos do tratamento.
- Compreendo que sou livre para não consentir com o procedimento, sem qualquer penalização ou sem prejuízo a meu cuidado.
- Concordo e autorizo meu médico a: suspender minha cirurgia em caso de intercorrência por ocasião da aplicação do anestésico, que implique em aumento do risco cirúrgico; realizar, durante minha internação, todos os atos necessários para preservar minha vida, inclusive transfusão de sangue; modificar a técnica cirúrgica definida, caso ocorra algum fato inesperado, para o melhor resultado da minha cirurgia.
- Estou ciente de que a presente manifestação de vontade não é um contrato ou uma garantia de sucesso do procedimento, e isento de responsabilidade o(a) Dr(a).  
\_\_\_\_\_ de eventual recanalização espontânea das trompas, bem como da eventual ocorrência de nova gravidez.
- Recebi e assinei este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 60 (sessenta) dias antes da data agendada para realização de minha cirurgia.

- Estou ciente de que, a qualquer momento anterior ao procedimento, poderei revogar o consentimento que agora presto.
- Outras observações:

---

---

**Após atenta leitura, é de minha vontade autorizar a realização da cirurgia esterilizadora voluntária feminina (ligadura de trompas ou laqueadura tubária), estando plenamente esclarecida dos benefícios e dos riscos dessa intervenção, bem como assumo a responsabilidade de cumprir fielmente todas as recomendações feitas pelo médico e sua equipe.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Cidade)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da paciente)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do médico)

**Observação:** Este Termo deve ser preenchido em três vias originais, devendo ser todas assinadas pelo médico e pela paciente. A primeira via deve ser arquivada no prontuário da paciente, a segunda via deve ser entregue à paciente e a terceira, à operadora de plano de saúde.