

**Consentimento pós-informado para realização de laqueadura tubária
(contraceção cirúrgica voluntária)**

DECLARANTE

Nome:..... Idade:

Endereço:

Tel.: ():..... Identidade n.º:..... Órgão Expedidor:

Data de emissão:

OBS.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente.

PACIENTE

Nome:..... Idade: :.....

Endereço:

Tel.: (.....) :..... Identidade n.º: : Órgão Expedidor:

Data de emissão:

DECLARO que o doutor **CRM n.º:**.....

Instituição: **Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de:**

..... **(em minha pessoa ou no paciente supra mencionado) ser conveniente e indicado proceder LAQUEADURA TUBÁRIA**, que consiste em interrupção cirúrgica do trajeto das tubas uterinas (trompas de Falópio), com o objetivo de evitar a gestação, de forma definitiva.

Declaro, ainda, estar devidamente informada dos riscos presentes à referida cirurgia, bem como de complicações inerentes ao quadro, especialmente: infecção, sangramento durante e após a cirurgia, lesão acidental da bexiga, formação de cicatriz hipertrófica ou quelóide na incisão, que podem necessitar de nova intervenção cirúrgica para sua correção. Fui informada, ainda, que existem casos de falha do método (menos de 1%), independente da técnica utilizada ou do cirurgião. E, ainda, de que se trata de um método contraceptivo definitivo, tendo sido me oferecidos outros métodos reversíveis de contraceção. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas de forma oral, em linguagem clara e simples, por parte de meu médico e sua equipe, e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento. Se, durante o procedimento, o médico assistente tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado por ele necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar referidas condições. Por tal razão e nestas condições, **consinto que se realize a LAQUEADURA TUBÁRIA proposta.**

Local e data:.....

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável

TESTEMUNHAS:

.....

.....

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: / / e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado. Local e data:

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável