

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

VASECTOMIA BILATERAL – ESTERILIZAÇÃO HUMANA PERMANENTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: _____

CPF: _____ Data de Nascimento: _____

2. DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÃO

Por este documento, declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico responsável, em linguagem clara e objetiva, a respeito do seguinte procedimento:

VASECTOMIA BILATERAL – ESTERILIZAÇÃO HUMANA PERMANENTE

A **Vasectomia Bilateral** é uma cirurgia de esterilização masculina permanente — procedimento cirúrgico voluntário e eletivo com o objetivo de impedir a reprodução humana como método contraceptivo, tornando o homem incapaz de engravidar uma mulher por meio de relação sexual. Compreendi que:

1. Trata-se de um procedimento **irreversível ou de reversibilidade incerta e limitada**. Deve ser uma escolha exercida de forma autônoma, consciente, responsável e isenta de dúvidas; só pode ser realizada após **60 (sessenta) dias** da solicitação formal ao médico.
2. Fui incentivado(a) a considerar métodos contraceptivos reversíveis, como preservativos, pílulas, DIU, injeções, implantes e métodos comportamentais.
3. Fui orientado(a) a procurar serviço de regulação da fecundidade com equipe multidisciplinar durante o período de reflexão obrigatório de 60 (sessenta) dias.
4. Posso plena capacidade civil e preencho os critérios legais para realização do procedimento: **idade mínima de 21 anos ou dois filhos vivos** (art. 10, Lei nº 9.263/1996).
5. O procedimento consiste na interrupção dos canais deferentes por meio de cortes no escroto, sob anestesia definida previamente.

3. SINTOMAS COMUNS NO PÓS-OPERATÓRIO

1. Dor ou desconforto leve na bolsa escrotal nos primeiros dias.
2. Inchaço leve e hematomas na região escrotal.
3. Sensação de peso nos testículos.
4. Desconforto ao caminhar ou sentar-se por longos períodos.
5. Pequenas manchas roxas (equimoses) ao redor da incisão.
6. Possibilidade de presença de espermatozoides no sêmen por até 90 dias após o procedimento.

4. RISCOS E COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS

1. Sangramentos, hematomas e edema na região escrotal.
2. Infecção na incisão, podendo requerer antibióticos ou drenagem cirúrgica.
3. Dor persistente ou crônica escrotal (síndrome da dor pós-vasectomia).

4. Recanalização espontânea dos canais deferentes, com possibilidade de gravidez.
5. Falha do procedimento, com persistência de espermatozoides móveis no sêmen.
6. Alterações inflamatórias ou infecciosas dos testículos ou epidídimos.
7. Deiscência dos pontos cirúrgicos (abertura da incisão).
8. Cicatrização inadequada, incluindo formação de quelóide ou cicatriz hipertrófica.
9. Diminuição do volume testicular, com possível impacto na função hormonal.
10. Reações alérgicas a anestésicos ou medicamentos utilizados durante a cirurgia.
11. Complicações anestésicas: queda de pressão, reações cardiovasculares ou respiratórias.
12. O procedimento não protege contra ISTs; o uso de preservativo permanece necessário.
13. Suspensão do ato cirúrgico por intercorrência clínica ou dificuldade anestésica.

5. CUIDADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR

1. Ingerir líquidos conforme orientação médica.
2. Utilizar as medicações prescritas (analgésicos, antibióticos), seguindo rigorosamente todas as orientações do médico assistente.
3. Em caso de febre, dor intensa, sangramento ou saída de secreção com pus da ferida operatória, procurar imediatamente o urologista ou serviço de emergência.
4. Buscar o resultado do exame anatomopatológico e apresentá-lo ao urologista.
5. Agendar consulta de retorno com o urologista conforme combinado durante a internação.
6. Estar ciente da possibilidade de necessitar de tratamento complementar.

Declaro estar plenamente ciente de que é indispensável seguir rigorosamente cada uma das orientações acima, assim como quaisquer outras prescritas pelo médico assistente. **Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados**, independentemente da qualidade técnica do procedimento. Estou ciente de que, durante a cirurgia, podem surgir situações imprevisíveis que exijam mudanças ou procedimentos adicionais.

6. AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, **ACEITO OS RISCOS SUPRAMENCIONADOS, AUTORIZO e DOU PERMISSÃO** voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma exposta neste termo, incluindo os procedimentos necessários para resolução de situações imprevisíveis e/ou emergenciais. Esta autorização é concedida ao médico identificado abaixo, bem como aos seus assistentes. A realização de exame anatomopatológico dos materiais removidos está autorizada. Fui informado(a) do meu **direito de revogar este consentimento** antes do procedimento.

Local: _____ Dia: _____ Mês: _____ Ano: _____

Nome completo do Paciente:

Assinatura do Paciente:

RG: _____ CPF: _____

Responsável Legal (quando aplicável):

Nome do Responsável Legal:

Assinatura do Responsável:

Parentesco: _____ CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Ao assinar este documento, o médico **DECLARA** que: (i) orientou adequadamente o paciente em linguagem clara e acessível; (ii) a utilização deficiente ou ineficaz deste documento é de sua exclusiva responsabilidade; e (iii) tem ciência de que este termo não o exime de registrar no Prontuário Médico as informações prestadas e a decisão tomada.

Local: _____ **Dia:** _____ **Mês:** _____ **Ano:** _____

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____ **RQE:** _____

Assinatura do Médico:

Carimbo:

Documento elaborado com base nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) e nos termos da Lei nº 9.263/1996.