


Anexo XIV

1. Ata de Conferência Médica

	GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DIPAS / Gerência de Saúde da Comunidade	Registro do(a) Paciente: _____
Unidade de Saúde: _____		
ATA DE CONFERÊNCIA MÉDICA		
MOMENTO DA CIRURGIA:		
a) Intervalo interpartal <input type="checkbox"/>		c) Pós-Parto <input type="checkbox"/>
b) Transparto <input type="checkbox"/>		d) Pós-Abortamento <input type="checkbox"/>
Nome: _____,		
Nacionalidade _____, estado civil _____, com _____ anos de idade,		
residente à _____ na cidade de _____		
Aos _____ dias do mês de _____, do ano de _____, os médicos abaixo assinados,		
inscritos no Conselho Regional de Medicina desta jurisdição, respectivamente sob os números		
_____ e _____, analisaram em conferência médica, os dados clínicos do(a)		
paciente acima e concordaram com a realização da esterilização cirúrgica solicitada após conhecimento		
pelo(a) mesmo(a) das demais opções anticoncepcionais reversíveis, riscos da cirurgia, possíveis efeitos		
colaterais e dificuldades de reversão.		
Lavram, portanto, a presente ata em 3 (três) vias.		
Como expressão do consentimento informado, consciente e livre do ato médico o (a) paciente e seu		
conjuge ou responsável assinam todas as vias, bem como os médicos assistentes e conferencistas.		
_____ de _____ de _____		
Local e data da cirurgia		
_____ Assinatura/Carimbo do Médico Assistente		
_____ Assinatura/Carimbo do Médico Conferencista		
_____ Assinatura do(a) Paciente		_____ Assinatura do Conjuge ou Responsável

2. Termo de Consentimento Informado



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde
Gerência de Saúde da Comunidade



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____
Registro _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____
expedida pelo órgão _____, venho através deste TERMO, solicitar aos
médicos deste SERVIÇO, a realização de procedimento cirúrgico para:

- LIGADURA DE TROPAS
 VASECTOMIA

Declaro para os devidos fins, que:

- a) Fui informado(a) sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis, também *eficazes e reversíveis*;
- b) Estou ciente que esta cirurgia é na prática, IRREVERSÍVEL;
- c) Estou sendo alertado(a) para eventuais ocorrência da vida tais como: *separação, divórcio, viuvez, morte dos filhos, outro casamento ou posterior desejo de ter mais filhos*;
- d) Devo **aguardar** pelo menos **60 (sessenta)** dias à partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, exceto em caso de emergência com risco de vida, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão sob orientação da equipe deste SERVIÇO;
- e) Fui informado(a) das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico, tais como: reações a drogas, parada cardio respiratória, morte pélvica, aderência pélvica, hemorragia, infecções, tromboembolia, arrependimento, distúrbio psicosexual (comumente relacionado à desinformação ou despreparo no momento da decisão) além de lesões e queimaduras de órgão ou gravidez fora do útero no caso de LIGADURA DE TROPAS;
- f) Fui informado(a) que assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a LIGADURA DE TROPAS/ VASECTOMIA, também apresenta falhas, ocorrendo 1 (uma) gestação para cada 200 (duzentos) casos de LIGADURA DE TROPAS e 1 (uma) gestação para cada 250 casos de VASECTOMIA;
- g) Quando fui orientada sobre a LIGADURA DE TROPAS, informaram-me que ao menor sinal ou sintoma de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar a este SERVIÇO;
- h) Não haverá probabilidade de eu estar grávida no momento da LIGADURA DE TROPAS, pois tomarei precauções no sentido de que tal fato não ocorra até o dia da cirurgia e se tiver dúvidas comunicarei o SERVIÇO para as devidas providências.
- i) Estou ciente de que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método anticoncepcivo;
- j) Isento a equipe deste SERVIÇO de qualquer responsabilidade sobre a decisão que ora tomo e sobre riscos eventuais da cirurgia.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Paciente