

## 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

Unidade de Saúde:

Registro do(a) Paciente:

## ATA DE CONFERÊNCIA MÉDICA

**MOMENTO DA CIRURGIA:** a) Intervalo interpartal  c) Pós-Parto   
b) Transparto  d) Pós-Abortamento

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.

Lavraram, 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 Conjugue ou Responsável

Mod. RI.117

n.c. 4.060

## 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 TROMPAS  
 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 ocorrências da vida tais como: separação, divórcio, viudez, 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 teréi 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 cardíaca respiratória, morte pélvica, aderência pélvica, hemorragia, infecções, tromboembolia, arrependimento, distúrbio psicossexual (comumente relacionado à desinformação ou despreparo no momento da decisão) além de lesões e queimaduras de órgão ou gravidez, forma do útero no caso de LIGADURA DE TROMPAS;
- f) Fui informado(a) que assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a  LIGADURA DE TROMPAS/  VASECTOMIA, também apresenta falhas, ocorrendo 1 (uma) gestação para cada 200 (duzentos) casos de LIGADURA DE TROMPAS e 1 (uma) gestação para cada 250 casos de VASECTOMIA;
- g) Quando fui orientada sobre a LIGADURA DE TROMPAS, informaram-me que ao menor sinal ou sintoma de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar o SERVIÇO para as devidas providências.
- h) Não haverá probabilidade de eu estar grávida no momento da LIGADURA DE TROMPAS, 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 anticoncepcional;
- 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