

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA

Eu, abaixo assinado, procurei, autorizo o Dr(a) _____, e seus assistente a realizar uma operação de vasectomia (procedimento que bloqueia a passagem de espermatozoides pelo canal deferente do testículo para a uretra, impedindo de maneira definitiva que eu não mais engravide a minha companheira, ou seja, fique impossibilitado de fazer filhos definitivamente) foi-me informado que trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso a condição clínica assim o requeira. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, que são posteriormente suturados, podendo haver ou não a necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado. Fomos esclarecidos também das possíveis complicações, raras, que podem ocorrer são hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas ou ainda se eu tiver qualquer dúvida ou problema, devo entrar em contato com meu médico e/ou a sua equipe. Apesar de poder ser tentada a reversão futura desta cirurgia, ou seja, a recanalização do ducto deferente, quanto maior o tempo de interrupção do deferente, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade. Apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (1 em cada 2000 cirurgias) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez. O método não interfere na função sexual nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais frequentemente em homens vasectomizados. Após o procedimento eu devo ficar em repouso em minha casa, colocando compressa de gelo no escroto por algumas horas. Posso retornar ao trabalho no outro dia e relações sexuais com uma semana. O paciente só poderá retomar sua atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado. Isto só ocorre em geral após uma média de 25 ejaculações, que é o número necessário para "esvaziar" o trato genital, que está à frente de onde foi feita a secção do ducto deferente. Por fim foi nos informado que há uma lei no Brasil que normatiza a operação de vasectomia, por esta lei é necessário que eu tenha 60 dias para pensar juntamente com minha companheira sobre a operação, agora com os esclarecimentos dados fica mais fácil. Diante do exposto, eu _____, que tenho _____ filhos, meu RG _____, tenho _____ anos de idade, estou ciente dos esclarecimentos e manifesto que desejo ser submetido à vasectomia, por minha livre e espontânea vontade.

Brasília, _____ de _____ de _____

Assinatura do Paciente

Assinatura da Esposa

Testemunha

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- Certidão de Casamento / Declaração de União Estável
- Carteira de Identidade
- Certidão de Nascimento dos filhos

NECESSÁRIO RECONHECIMENTO DE FIRMA DAS ASSINATURAS (PACIENTE E ESPOSA)