

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

Por este instrumento, eu declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo (a) médico (a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

URO - CIRURGIA DE VASECTOMIA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

A cirurgia de esterilização masculina, é um procedimento cirúrgico que impede o homem de ter filhos. A cirurgia interrompe a circulação dos espermatozoides produzidos pelos testículos e conduzidos para os canais que desembocam na uretra, impedindo a gravidez. A vasectomia torna o homem estéril, mas não interfere na produção de hormônios masculinos nem em seu desempenho sexual. O médico aplica uma anestesia local e retira um fragmento de cada um dos dois canais que levam os espermatozoides dos testículos ao ducto ejaculatório. O corte do canal impede apenas a chegada dos espermatozoides até a uretra. O líquido produzido na próstata e na vesícula seminal continua sendo eliminado normalmente durante a ejaculação. Desta forma, não há interferência na função erétil ou na potência sexual, já que os nervos e vasos sanguíneos responsáveis pela ereção do pênis não estão envolvidos na cirurgia de vasectomia. Depois da cirurgia é fundamental permanecer utilizando um método anticoncepcional por aproximadamente 60 dias, pois alguns espermatozoides podem continuar vivos dentro do canal. Em poucos meses, o sêmem (líquido que é ejaculado durante o ato sexual) não conterá mais espermatozoides, impossibilitando a gravidez. O paciente só será autorizado a manter relações sexuais sem método contraceptivo, após realização de espermograma que confirme a ausência de espermatozoides no ejaculado (azoospermia). Fui também informado que existe no Brasil a Lei 14.443 de 2022 que normatiza a operação cirúrgica contraceptiva. Por esta lei não é necessário que eu comunique à minha esposa ou parceira sobre minha decisão de ser submetido a esta cirurgia, que a decisão de fazer ou não essa comunicação cabe exclusivamente a mim. Entretanto, consideramos aconselhável que exista essa conversa entre as partes. Outrossim, eximo o meu médico e sua equipe de qualquer responsabilidade sobre minha decisão pessoal a respeito disso. Ainda segundo a legislação vigente, é necessário que haja um intervalo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a assinatura deste documento e a realização da cirurgia esterilizadora masculina, período em que eu posso refletir melhor sobre a minha decisão de realizar o procedimento.

Descrição adicional do procedimento:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

BENEFÍCIOS ESPERADOS

O objetivo da cirurgia é a esterilização masculina, preservando a continência e a função erétil.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao(à) médico(a) responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado. Outras opções de medidas contraceptivas foram apresentadas, sendo decidido por prosseguir com o procedimento aqui proposto.

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter à cirurgia/procedimento é pessoal, e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Os possíveis riscos associados à cirurgia são:

- Infecção;
- Sangramento no local ou dentro da incisão;
- Formação de hematomas ou coágulos na bolsa escrotal;
- Óbito.

Compreendi que esta cirurgia tem um caráter definitivo e mesmo com a existência de outros métodos contraceptivos, opto pela realização da vasectomia.

Compreendi que devo realizar o espermograma em 60 dias para confirmação da azoospermia (ausência de espermatozoides no ejaculado).

Relatos médicos mostram que um em cada 2000 homens com azoospermia pós-cirurgia esterilizadora masculina eventualmente ainda pode engravidar mesmo com a confirmação da esterilidade após a cirurgia (segundo os parâmetros das diretrizes das Sociedades de Urologia Brasileira, Americana, Europeia e Canadense: ausência de espermatozoides ou a presença de espermatozoides imóveis em quantidades inferiores a 100.000 mil por mililitro). As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a mais complicadas aqui não descritas que podem requerer acompanhamento em unidade de terapia intensiva após a cirurgia.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a atual condição clínica, porém pode não ser a cura para tal condição. Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Riscos potenciais adicionais:

REABILITAÇÃO

Fui informado de que, após a cirurgia, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação.

Estou ciente que processo de reabilitação consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. A fase inicial de cicatrização pode apresentar inchaço localizado e sangramento leve. Métodos para auxiliar em uma recuperação mais rápida dependerão da evolução de cada paciente no pós-operatório. O (A) médico responsável discutiu e orientou as melhores técnicas de reabilitação.

Orientações adicionais de reabilitação:

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento.

Esta autorização é dada ao/à médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s).

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

--

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

☐ **SIM** ☐ **NÃO** - Autorizo a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

--

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

_____	ou	_____
Paciente		Responsável
		<i>Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento</i>
		Nome: _____
		RG: _____ Parentesco: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura e
Nome do Médico / CRM