

Prefeitura Municipal de Madre de Deus
Hospital Municipal de Madre de Deus – Dr. Eduardo Ribeiro Bahiana

TERMO DE SOLICITAÇÃO E INFORMAÇÃO

Eu _____
registro, _____, portador (a) carteira de identidade
nº _____ órgão emissor _____ venho através deste termo solicitar 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 de que esta cirurgia é na pratica irreversível.
- c) Fui alertado (a) sobre o risco de arrependimento principalmente em situações de Instabilidade conjugal e forte emoção em tais como: separação, divorcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de procriar.
- d) Devo aguardar pelo menos 60 dias a partir da assinatura desta solicitação para que procedimento possa ser realizado exceto em caso de emergência para com risco de vida período em que terei chance de refletir sobre minha decisão sob orientação da equipe deste serviço.
- e) Fui informado das possíveis complicações decorrente do ato cirúrgico e anestésico tais como: reações as drogas, parada cardiorrespiratória, morte, dor pélvica, aderência pélvica, hemorragias, infecções, tromboembólica, arrependimento, distúrbio psicosexual, (comumente relacionado desinformação ou despreparo no momento da decisão) além de lesões e queimaduras de órgãos ou gravidez fora do útero no caso da ligadura das trompas.
- f) Fui informado (a) que assim como demais os métodos anticoncepcionais disponíveis a ligadura de trompas () pode apresentar falha sendo a mesma de 0,1 por 100 mulheres / ano nos primeiros 12 meses e 0,4 nos anos subsequentes, assim como a vasectomia () pode apresentar falhas de 0,1 a 0, 15.
- g) Fui informado (a) que ao menor sinal ou sintoma de gravidez devo procurar assistência médica para confirmação do diagnostico e comunicar a este Serviço.
- h) Estou ciente de que, no caso da vasectomia, deverei realizar exame de espermograma, após o ato cirúrgico e antes da pratica de qualquer ato sexual, assumindo compromisso o de faze-lo ou responsabilidade pelas consequências de sua não realização.
- i) Estou ciente que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método anticonceptivo.

Madre de Deus – BA, _____ de _____ de 2020.

Assinatura Requerente

Assinatura do Cônjuge

Prefeitura Municipal de Madre de Deus
Hospital Municipal de Madre de Deus – Dr. Eduardo Ribeiro Bahiana

ATA DE CONFERÊNCIA MÉDICA

Unidade de saúde: _____ Registro: _____

Momento da cirurgia:

- a) Fora do período gravídico puerperal () 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 da paciente acima e indicam a realização da esterilização cirúrgica nos termos **do inciso
II do artigo 10 da lei 9.263 de 12/01/96** com CID _____.

Lavraram, portanto a presente ata em 03 (três) vias sendo a primeira remetida a Secretária de Saúde para
notificação compulsória junto ao SUS a segunda anexada ao prontuário da paciente e a terceira
encaminhada a Comissão de Ética Médica da Instituição.

_____, _____ de _____ de 2020. _____

Local e Data da Cirurgia

Assinatura do Médico Assistente

Assinatura do Médico Conferencista

Assinatura do Requerente

Assinatura do Cônjuge

Prefeitura Municipal de Madre de Deus
Hospital Municipal de Madre de Deus – Dr. Eduardo Ribeiro Bahiana

SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA

Eu, _____

Registrado (a) no HMMD sob o nº _____, voluntariamente desejo submeterme a contracepção Cirúrgica, sobre a qual fui devidamente esclarecido (a).

Estou ciente de que:

1. Este é um ato cirúrgico de pequeno porte que envolve desconforto e risco como qualquer outra cirurgia.
2. Este é um método anticoncepcional de caráter irreversível, portanto não poderia ter mais filhos.
3. Ocasionalmente este método pode falhar.

Motivo da solicitação:

Idade do casal:

Homem _____ Mulher _____

Gestação: _____ Partos _____ Abortos _____

Cesárea _____ Nº de filhos vivos _____

Idade do filho (+ novo) _____ (+ velho) _____

Métodos utilizados e seus efeitos:

Relacionamento do casal: Estável Instável

Patologia Associadas: _____

Outros Motivos: _____

Madre de Deus – Ba, _____/_____/_____

Ciente

Esposo (a) ou Companheiro (a)

Assistente Social

Médico (Assinatura e Carimbo)



DOCUMENTOS PARA LAQUEADURA E OU VASECTOMIA

- () CPF
- () RG
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- () CERTIDÃO DE NASCIMENTO (FILHOS)
- () CARTÃO DO SUS
- () CARTÃO DO PSF
- () CERTIDÃO DE CASAMENTO
- () DECLARAÇÃO DE PROPRIO PUNHO
- () RG DO CÔNJUGE OU RESPONSÁVEL (PARA LAQUEADURA)

DATA: ____/____/____