

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA VASECTOMIA

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Pront: \_\_\_\_\_ Atend: \_\_\_\_\_

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes para ser submetido a uma operação de VASECTOMIA, método de esterilização permanente (Secção de parte do ducto deferente com cauterização e ligaduras de seus cotos bilateralmente) Antes da operação foi-me informado que:

A VASECTOMIA é um método cirúrgico de interrupção da fertilidade masculina, causada pela secção dos vasos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado.

Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia caso minha condição clínica o requeira. São feitos um ou dois cortes no escroto, que são posteriormente costurados, podendo haver ou não necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.

#### Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Dor e Infecção local requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
3. Hematoma (sangramento interno).
4. Manchas escuras no escroto e/ou pênis (EQUIMOSSES).
5. Epididimite pós vasectomia

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento

Apesar de poder ser tentada a reversão futura desta cirurgia, ou seja, recanalização do ducto deferente, quanto maior o tempo de interrupção do deferente, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade.

Apesar de a vasectomia se rum método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (1 em cada 2000 operações) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides pelo(s) coto(s) do(s) deferente(s) 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 sexual). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais frequentemente em homens vasectomizados.

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 dos ductos deferentes.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo. Diante do exposto, eu \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_ anos, estou ciente dos esclarecimentos acima e manifesto que desejo ser submetido a vasectomia, por minha livre e espontânea vontade.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **RG** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Esposa:** \_\_\_\_\_ **RG** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, 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.