

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REVERSÃO MICROCIRÚRGICA DE 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 REVERSÃO MICROCIRÚRGICA VASECTOMIA, método de Reversão 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 REVERSÃO MICROCIRÚRGICA VASECTOMIA é um método cirúrgico de reconstituição da fertilidade masculina, causada pela secção dos vasos deferentes, onde foi interrompido a passagem dos espermatozóides para o líquido ejaculado.

Trata-se de uma operação feita sob anestesia regional (raqui), 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, onde é realizada a anastomose microcirúrgica dos cotos dos ductos deferentes bilateralmente.

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

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Não restabelecimento da fertilidade por fibrose anastomótica ou até mesmo falência testicular, estou ciente que quanto maior o tempo de interrupção do deferente, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade
3. Dor e Infecção local requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
4. Hematoma (sangramento interno).
5. Manchas escuras no escroto e/ou pênis (EQUIMOSSES).
6. Epididimite pós cirúrgicos

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

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: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G: \_\_\_\_\_ 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.