

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA

Eu _____;
RG _____; _____ anos de idade, manifesto, formalmente, no dia de hoje, meu desejo de contracepção definitiva através do método de laqueadura tubária (LT). Fui esclarecida e entendi que a laqueadura tubária é considerada um método irreversível de contracepção, embora ela possa, em alguns poucos casos, ser revertida com sucesso. Entendi que a LT é um dos mais efetivos métodos de planejamento familiar, mas apresenta uma taxa de falha de 0,41%, que independe da paciente ou do médico.

Fui esclarecida também que existem outros métodos de contracepção eficazes e que podem ser revertidos com facilidade. Os métodos reversíveis podem ser **hormonais** (por via oral (pílulas anticoncepcionais), injetáveis (injeções mensais ou trimensais), implantes sub-dérmicos ou dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal), ou **não hormonais** (o diafragma ou camisinha feminina; o condom – camisinha masculina; e os dispositivos intra-uterinos (DIUs) não hormonais).

Fui esclarecida também que entre esta minha manifestação de vontade e a realização do procedimento de LT, por força de lei, devo esperar um prazo mínimo de 60 dias, período para que eu possa refletir sobre minha decisão e solicitar, se achar necessário, mais esclarecimentos sobre os diversos métodos de contracepção. Sei também que é possível mudar de ideia, a qualquer momento, antes da realização da cirurgia e desistir do procedimento de esterilização cirúrgica. Fui também informada, que a cirurgia de laqueadura tubária é um procedimento eletivo, ou seja, não é de urgência, e, como tal, deve ser agendado conforme a disponibilidade da equipe médico-hospitalar e das minhas condições clínicas. Quando realizada logo após o parto ou durante a cesariana, a sua realização depende de condições clínicas e de disponibilidade assistencial, as quais serão avaliadas pela equipe médica.

Fui esclarecida também que, após receber todas as orientações necessárias, além deste Termo de Solicitação, será necessário assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a cirurgia de esterilização feminina, que se constitui no registro escrito de todos os esclarecimentos, riscos e benefícios da cirurgia que será realizada.

Nome do paciente: _____

Assinatura do paciente: _____ Identidade nº: _____

Nome do(a) médico(a) ou enfermeiro(a): _____

Assinatura: _____; CRM/COREN: _____

Local: _____; Data: __/__/__