Ministério Público Federal
Procuradoria Geral da República
Plan-Assiste/MPF

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA

Eu_____,
matrícula _____, portador da cédula de identidade RG _____,
idade _____ anos, ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu médico assistente e pelo Plan-Assiste/MPF, manifesto o desejo de ser submetido à vasectomia por minha livre e espontânea vontade. Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos 60 dias, conforme Resolução Normativa 167, da ANS.

Antes da operação, foi-me informado que:

- A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção permanente e definitiva da fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozóides para o líquido ejaculado.
- Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso a condição clínica assim o requeira. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, que são posteriormente suturados, podendo haver ou não a necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.
-As complicações, raras, que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas ou ainda se eu tiver qualquer dúvida ou problema, devo entrar em contato com meu médico e/ou com a sua equipe.
-A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização do ducto deferente, não tem cobertura pelo contrato de plano de saúde vigente.
-Apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, **existe uma pequena possibilidade (1 em cada 2000 cirurgias) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozóides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.** Trata-se de evento raro mas possível de ocorrer independentemente da vontade ou técnica empregada.

-O método não interfere na função sexual nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais freqüentemente em homens vasectomizados.

-O paciente só poderá retomar sua atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozóides 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 do ducto deferente.

-Estou ciente que a qualquer momento anterior ao procedimento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro agora que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

-Nestas condições, CONSINTO que se realize a VASECTOMIA. Apos ter recebido todas as informações necessárias informo que participei do processo de decisão sobre o meu tratamento e tenho minha parcela de responsabilidade sobre a conduta adotada. Este formulário atesta minha aceitação ao tratamento proposto.

-Tenho ciência, conforme disposto na Resolução Normativa nº 167, da ANS, e na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que a esterilização será objeto de notificação à direção do Sistema Único de Saúde, bem como, para comprovação do meu vínculo conjugal, devo apresentar cópia autenticada da minha certidão de casamento ou da declaração de união estável.

Observação: Preenchimento completo deste Termo será em três vias originais, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra, entregue ao paciente ou responsável legal, e a terceira, ao Plan-Assiste/MPF. As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia deste Termo.

Cópias anexas:

- Certidão de Casamento/Declaração de União Estável (quando aplicável);
- Carteira de Identidade;
- Certidões de Nascimento dos filhos.

Brasília, ____/____/____

Assinatura do paciente_____

Assinatura da esposa/companheira_____

Assinatura do médico responsável sobre carimbo (legível)_____