

**ANEXO 4 - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO –VASECTOMIA PARA PACIENTES
MENORES DE 21 ANOS / SEM FILHOS**

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____ portador do CPF
número: _____, venho através desta declaração manifestar a minha expressa
vontade de me submeter à esterilização voluntária (vasectomia);

Declaro para os devidos fins que:

Participei da reunião de Planejamento Familiar e conheci os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, também eficazes e reversíveis e estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível;

Manifesto esta vontade com pleno discernimento, livre e espontaneamente, sem qualquer coação ou influência e que estou em perfeito gozo de saúde mental;

Fui alertado sobre o risco de arrependimento, principalmente em situações de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de ter filhos; informado das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico e também acerca de seus efeitos colaterais e dificuldades de sua reversão;

Devo aguardar 60 (sessenta) dias, a partir da assinatura desta solicitação, para que o procedimento possa ser realizado;

Estou ciente que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo disponível na Rede Básica Municipal de Sorocaba;

Caso ocorra qualquer uma das situações acima citadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e ou instituição que realizou o procedimento, pois fiz de minha própria vontade.

As informações aqui prestadas são integralmente verídicas e que tenho conhecimento das consequências criminais em decorrência de declarações falsas, ficando a entidade hospitalar e o médico responsável isentos de quaisquer responsabilidades caso venha a ser apurada eventual incorreção nas informações ora prestadas.

Antes da operação, foi me informado que:

1. A vasectomia é o método cirúrgico de interrupção de fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozóides para o líquido ejaculado.
2. Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso necessário. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, que são posteriormente suturados. Pode haver necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.
3. As complicações, raras, que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas complicações ou outras não descritas, ou se ainda surgir qualquer dúvida ou problema, deve-se contatar a Policlínica (Tel: 3219- 2825).
4. Apesar de vasectomia ser um método de esterilização permanente, não possui 100% de eficácia existindo a possibilidade de recanalização espontânea (natural), permitindo a passagem dos espermatozoides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados, restabelecendo a fertilidade, com possibilidades de ocasionar gravidez.
5. Apesar da possibilidade de reversão da vasectomia, a recanalização do ducto deferente não possui cobertura da Policlínica, devendo retornar à UBS e solicitar encaminhamento para Ambulatório de Infertilidade do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. Quanto maior o tempo de interrupção do deferente, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade.
6. O método não interfere no desempenho e nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Homens vasectomizados não estão mais expostos a doenças do que homens não submetidos ao procedimento.
7. O paciente só poderá retornar a sua atividade sexual, sem qualquer forma de anticoncepção, quando o espermograma mostrar ausência de espermatozóides no material ejaculado.

Portanto, após o fornecimento de todas as informações necessárias e do aconselhamento, de maneira satisfatória sobre a vasectomia, a opção pelo procedimento é de minha total responsabilidade. A presente declaração é a mais pura manifestação expressa da minha vontade na realização da esterilização permanente pelo procedimento de vasectomia.

Sorocaba, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do paciente

PALÁCIO DOS TROPEIROS – 2º andar

Av. Eng. Carlos Reinaldo Mendes 3.041 – Alto da Boa Vista – CEP 18013-280 – Sorocaba – SP

Fone: (15) 3238.2430