

Dados do Cliente

Nome _____
Logradouro _____
N° _____ Complemento _____ Bairro _____
CEP _____ Município _____ UF _____
Tel _____ Identidade _____ Órgão expedidor _____
Data de nascimento ____/____/____ N° de filhos _____
Grau de instrução analfabeto 1º grau 2º grau superior pós-graduação completo incompleto
Data de manifestação do desejo de realizar vasectomia: ____/____/____

Declaro que o Dr. _____, CRM-MG nº _____, da instituição _____, me esclareceu que: _____

- A intervenção de vasectomia consiste basicamente na interrupção da continuidade do(s) ducto(s) deferente(s).
- Esse procedimento é usualmente realizado em nível ambulatorial e sob anestesia local.
- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
- As complicações que podem surgir são: intraoperatórias – hemorragias e queimaduras por bisturi elétrico; ou pós-operatórias – seromas, hematomas, hemorragias e infecção.
- Se, no momento do ato cirúrgico, surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá suspender a intervenção programada.
- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis: métodos de barreira, anticoncepcional hormonal, contracepção intrauterina e métodos naturais.

Fui informado ainda que, tendo em vista o diagnóstico de _____, CID 10 _____, em minha pessoa é conveniente e indicado proceder à intervenção de vasectomia bilateral/unilateral.

Fui informado ainda que, devido ao diagnóstico de _____, CID 10 _____, minha cônjuge e/ou meu futuro conceito correm risco de morte e, por esse motivo, desejo realizar a vasectomia bilateral/unilateral.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, e minhas dúvidas foram todas esclarecidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento. Por tal razão e nessas condições, consinto que se realize a intervenção de vasectomia proposta. Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Local e data _____

Cliente _____

Cônjuge (na vigência da sociedade conjugal) _____

Médico (sob carimbo) _____

Médico (sob carimbo) _____

Data da internação ____/____/____ Data da realização da vasectomia ____/____/____ Data da alta ____/____/____

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data _____

Cliente _____ Médico (sob carimbo) _____