

CARTA DE ORIENTAÇÃO À CLIENTE

CIRURGIA ESTERILIZADORA FEMININA – LAQUEADURA TUBÁRIA

Informamos que, de acordo com as diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Resolução Normativa 428 e baseado na lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996 do Ministério da Saúde, o presente documento registra a orientação dada pelo médico assistente à paciente, usuária do Plano de Assistência à Saúde – Eletros-Saúde, quanto aos aspectos técnico-médicos inerentes ao procedimento de esterilização feminina (laqueadura tubária) proposto e solicitado conforme legislação vigente e reforçando o necessário conhecimento prévio dos riscos e complicações possíveis decorrentes do ato médico em questão, bem como seu caráter irreversível. Este documento registra, também, a manifestação espontânea de vontade da usuária de ser submetida à Laqueadura tubária.

Ressaltamos que a esterilização voluntária somente é permitida nas seguintes situações:

- Mulheres com capacidade civil plena;
- Maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- Seja observado o prazo mínimo de **sessenta dias** entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- Seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
- Em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
- Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

Declaro que a paciente, a seguir identificada, assim como seu cônjuge, foram por mim orientados, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Lei nº 9.263 de 12/01/1996 do Ministério da Saúde. O casal preenche todas as condições necessárias ao procedimento definido na legislação, quanto à idade, quantidade de filhos e prazo do último parto.

Nome legível do médico

CRM

UF

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

DECLARAÇÃO DA PACIENTE E CÔNJUGE – MANIFESTAÇÃO DA VONTADE

Eu, abaixo assinado, procurei, por minha livre e espontânea vontade, o Dr (a).
_____, para ser submetida em
___/___/___ a uma operação de esterilização permanente, ou LAQUEADURA TUBÁRIA.
Antes da operação, foi me informado que:

- 1 – A Laqueadura tubária é um método cirúrgico de interrupção de fertilidade feminina, causada pela secção das trompas de falópio, interrompendo assim a chegada do espermatozóide ao óvulo.
- 2 – Trata-se de uma operação feita sob anestesia.
- 3 – As complicações, raras, que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas complicações ou outras não descritas ou se ainda surgir qualquer dúvida ou problema, o médico responsável ou da respectiva equipe devem ser contatados imediatamente.
- 4 – Apesar da Laqueadura ser um método de esterilização permanente, não possui 100% de eficácia existindo a possibilidade de recanalização espontânea (natural), permitindo a passagem dos espermatozoides restabelecendo a fertilidade, com possibilidade de ocasionar gravidez.
- 5 – Apesar da possibilidade de reversão da Laqueadura , a recanalização da trompa não possui cobertura pelo meu plano de saúde. Quanto maior o tempo de laqueadura , menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade.
- 6 – O método não interfere no desempenho sexual.

Diante do exposto, eu _____, documento de Identidade _____, idade _____ anos, estou ciente de todos os esclarecimentos que me foram fornecidos e manifesto meu desejo em ser submetida à Laqueadura, por minha livre e espontânea vontade.

Assinatura da paciente

Data: ___/___/___

Assinatura do cônjuge

Data: ___/___/___

Nome do Cônjuge: _____

Apesar do fornecimento de todas as informações necessárias e do aconselhamento, de maneira satisfatória sobre a Laqueadura, o 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 Laqueadura.

Este documento deverá ser assinado, com firma reconhecida, pela paciente e seu cônjuge (caso a paciente seja casada), antes da realização da cirurgia.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

CÓPIAS:

- Certidão de Casamento / Declaração de União Estável (quando aplicável);
- Carteira de Identidade;
- Certidões de nascimento dos filhos;
- Solicitação Médica;
- Declaração do Médico Assistente Assinada e Carimbada
- Declaração da Paciente e Cônjuge - Manifestação da Vontade com Assinaturas Reconhecidas em Cartório.

O prazo mínimo para a realização da cirurgia é de 60 (sessenta) dias a partir da data do registro em cartório da documentação acima.