

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA VASECTOMIA

HOSPITAL / CLÍNICA: _____ Processo: _____

NOME DO MÉDICO: _____ Cédula Profissional: _____

DADOS DO DOENTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em : _____

DADOS DO REPRESENTANTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em: _____

Na Qualidade de: _____

1.- Através deste procedimento pretende-se obter a esterilização.

A realização do procedimento pode ser captada em imagens para fins científicos ou didáticos.

2.- O médico explicou-me que o procedimento requer a administração de anestesia, de cujos riscos serei informado pelo serviço de Anestesiologia.

3.- Através desta técnica, pretende obter-se a infertilidade masculina. A vasectomia bilateral é uma técnica cirúrgica de esterilização masculina. Consiste na interrupção do fluxo de espermatozóides provenientes de ambos os testículos, através do canal deferente e que desembocam na uretra através dos canais ejaculadores. Esta interrupção realiza-se por meio da secção do canal deferente e ligadura de ambos os extremos.

A vasectomia efectua-se com uma intenção de perpetuidade, embora seja possível uma eventual posterior reconstrução da continuidade do deferente, em determinadas circunstâncias, embora sem garantias totais de ser bem sucedida.

Sei que a vasectomia se realiza sob anestesia local, regional ou geral através de duas pequenas incisões de 1,5 cm em ambas as raízes do escroto, próximo da base do pénis.

4.- Compreendo que, apesar da adequada escolha da técnica e da sua correcta realização, podem aparecer efeitos indesejáveis, tanto os comuns derivados de toda a intervenção, e que podem afectar todos os órgãos e sistemas, como outros específicos do procedimento: impossibilidade de realizar a vasectomia por diversas causas; complicações gerais da anestesia geral ou regional: reacções alérgicas ao anestésico local, que podem chegar ao choque anafiláctico; complicações locais: infecção ou hemorragia da ferida, cicatrização anómala, ou inflamação e infecção do testículo ou do epidídimo.

O médico explicou-me que estas complicações se resolvem habitualmente com tratamento médico (medicamentos, etc.), mas pode chegar a ser necessária uma reintervenção, por vezes de urgência.

Para além disso, o médico explicou-me em que consiste o risco de repermabilização da via seminal e compreendi que, após a intervenção, os espermatozóides diminuem de número pouco a pouco e portanto durante algum tempo continua a fertilidade. Deve continuar a utilizar-se um método anticonceptivo seguro até à realização de um espermograma de controlo que demonstre a ausência total de espermatozóides no esperma (azoospermia). Este espermograma assegura que todos os espermatozóides foram eliminados em consequência da operação.

Também sei que, de forma excepcional, foi descrita na literatura a repermabilização espontânea da via seminal, de forma tardia, o que representaria a possibilidade de gravidez, em qualquer momento e, para

evitar esta eventualidade, a única possibilidade é realizar uma cirurgia muito mais ampla, para seccionar e extrair um segmento mais longo do canal, o que significaria um maior risco de apresentar as complicações que me foram descritas, assim como a impossibilidade total de reconstrução do canal deferente se no futuro viesse a querer fazê-lo. Por isso, renuncio a que me seja realizada esta cirurgia mais agressiva, aceitando o risco de reperiabilização espontânea.

- 5.- O médico explicou-me que, para a realização desta técnica, pode ser necessária uma preparação prévia, por vezes com algumas particularidades, tais como (nota do médico) _____

embora possa ser possível a sua realização sem uma preparação completa.

Também me explicou a necessidade de o avisar sobre as minhas eventuais alergias medicamentosas, alterações da coagulação, doenças cardiopulmonares, existência de próteses, *pacemaker*, medicação actual ou qualquer outra circunstância.

Devido à minha situação actual (diabetes, obesidade, hipertensão, anemia, idade avançada...) pode existir um aumento da frequência ou da gravidade dos riscos ou complicações, tais como (nota do médico)

- 6.- O médico explicou-me que existem outras alternativas para a anticoncepção, mas que, no meu caso, pretendendo uma esterilização com intenção de perpetuidade, a melhor alternativa terapêutica é a vasectomia.

Compreendi todas as explicações que me foram dadas, numa linguagem clara e simples, e o médico que me atendeu permitiu-me expor-lhe todas as questões e clarificar todas as minhas dúvidas.

Também compreendo que, em qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação, posso revogar o consentimento que agora disponibilizo.

Desta forma, declaro que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Nestas condições,

CONSINTO e AUTORIZO
Que me seja realizada VASECTOMIA

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____