TERMO DE CONSENTIMENTO LAQUEADURA

Nome Completo:_____
Nº Identidade: _____

Venho através deste termo solicitar a realização do procedimento cirúrgico para LAQUEADURA.

Declaro para os devidos fins que:
a) Participei da reunião de Planejamento Familiar e conheci os demais métodos anticoncepcionais disponíveis também eficazes e reversíveis;
b) Estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível;
c) 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;
d) Devo aguardar pelo menos 60 (sessenta) dias, a partir desta solicitação, para que o procedimento possa ser realizado;
e) Fui informado das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico (inclusive gravidez ectópica) e anestésico;
f) Fui informado que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a laqueadura pode apresentar taxa de falha de 0,5%;
g) 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;
h) Fui informado que este procedimento não me protege do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis incluindo o vírus do HIV;
i) 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.

_____ , ___/___/___
LOCAL DATA

_____
ASSINATURA