

**TERMO OU MANIFESTAÇÃO DA VONTADE VOLUNTÁRIA PARA
REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA**1ª Via anexada ao prontuário
médico hospitalar

Eu, _____
portador do CPF número _____ RG número _____
carteira do ICS número _____ declaro ter sido informado antes do procedimento de
laqueadura que:

- A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir gravidez.
- Para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia: Laparoscópica (cirurgia realizada por meio de quatro pequenos cortes realizados no abdome, Microlaparotomia (cirurgia semelhante a uma cesárea), Vaginal (cirurgia realizada pela vagina, Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea).
- Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo Serviço de Anestesia.
- Embora o método de laqueadura tubária seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem aproximadamente de 6 por 1.000 intervenções que independe do paciente ou do médico.
- A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, não tem cobertura pelo plano de saúde vigente.
- Como em qualquer cirurgia, há risco excepcional de hematomas, hemorragias, choque anafilático pós-anestésico, trombose venosa, tromboembolismo pulmonar, embolia gasosa, náuseas, vômito, retenção urinária, infecção urinária, quelóides e dor local.
- Fui informada das vantagens de outros métodos de contracepção reversíveis existentes e confirmo a vontade de realizar a esterilização cirúrgica, de acordo com o protocolo do Instituto Curitiba de Saúde.
- Estou ciente que entre a manifestação da minha vontade (por meio desse documento entregue ao protocolo) e o procedimento cirúrgico deverão passar 60 (sessenta) dias, conforme lei número 14.443, 2 de setembro de 2022.

• Declaro ainda que:

() tenho idade igual ou superior a 21 anos.

() tenho idade igual ou superior a 18 anos e dois ou mais filhos vivos. (Anexar Certidões de Nascimento dos filhos)

Curitiba, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do beneficiário

Assinatura do médico Solicitante/ Assistente

Parecer da Comissão de Avaliação da Contracepção Definitiva

Curitiba, _____ de _____ de _____

Médico do Planejamento Familiar

**TERMO OU MANIFESTAÇÃO DA VONTADE VOLUNTÁRIA PARA
REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA**

2ª Via entregue ao paciente

Eu, _____
portador do CPF número _____ RG número _____
carteira do ICS número _____ declaro ter sido informado antes do procedimento de
laqueadura que:

- A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir gravidez.
- Para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia: Laparoscópica (cirurgia realizada por meio de quatro pequenos cortes realizados no abdome, Microlaparotomia (cirurgia semelhante a uma cesárea), Vaginal (cirurgia realizada pela vagina, Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea).
- Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo Serviço de Anestesia.
- Embora o método de laqueadura tubária seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem aproximadamente de 6 por 1.000 intervenções que independe do paciente ou do médico.
- A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, não tem cobertura pelo plano de saúde vigente.
- Como em qualquer cirurgia, há risco excepcional de hematomas, hemorragias, choque anafilático pós-anestésico, trombose venosa, tromboembolismo pulmonar, embolia gasosa, náuseas, vômito, retenção urinária, infecção urinária, quelóides e dor local.
- Fui informada das vantagens de outros métodos de contracepção reversíveis existentes e confirmo a vontade de realizar a esterilização cirúrgica, de acordo com o protocolo do Instituto Curitiba de Saúde.
- Estou ciente que entre a manifestação da minha vontade (por meio desse documento entregue ao protocolo) e o procedimento cirúrgico deverão passar 60 (sessenta) dias, conforme lei número 14.443, 2 de setembro de 2022.

• Declaro ainda que:

() tenho idade igual ou superior a 21 anos.

() tenho idade igual ou superior a 18 anos e dois ou mais filhos vivos. (Anexar Certidões de Nascimento dos filhos)

Curitiba, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do beneficiário

Assinatura do médico Solicitante/ Assistente

Parecer da Comissão de Avaliação da Contracepção Definitiva

Curitiba, _____ de _____ de _____

Médico do Planejamento Familiar