

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO DE COLOCAÇÃO
DO DISPOSITIVO INTRA-TUBÁRIA - ESSURE®

PROCEDIMENTO INFORMADO: INTERVENÇÃO DE OBSTRUÇÃO TUBÁRIA – ESTERELIZAÇÃO CIRÚRGICA POR ESSURE®

DECLARANTE (Cliente)	
Nome: <u>Aracina Queiroz dos Santos</u>	Idade: <u>23 anos</u>
Estado civil: <u>solteira</u>	Número de filhos vivos: <u>3</u>
Data de Nasc.: <u>07/02/92</u>	Identidade nº: [REDACTED]
	Órgão Expedidor: <u>UFRRJ</u>
Endereço: [REDACTED]	
	Tel.: [REDACTED]

DECLARO

Que realizei as atividades de planejamento familiar previstas na legislação pertinente, que possuo capacidade civil plena, mais de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, dois filhos vivos.

Que assinei registro de expressa manifestação da vontade de realizar esterilização há mais de 60 (sessenta) dias da data de hoje, e que neste período me foi propiciado acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce. Ainda assim afirmo a vontade desimpedida de buscar o procedimento definitivo de esterilização.

Que eu NÃO tenho alergia a joias ou bijuterias e outros metais, que quando uso bijuterias eu NÃO fico com a pele irritada, ou com coceira e que NÃO surgem manchas vermelhas. Que não tenho alergia conhecida a níquel ou titânio, no melhor do meu conhecimento.

Que NÃO me submeti a um parto, ou um aborto (qualquer interrupção de gravidez) nos últimos 42 (quarenta e dois) dias.

Que participei de evento de apresentação do método de INTERVENÇÃO DE OBSTRUÇÃO TUBÁRIA – esterilização feminina por Essure® no dia de hoje, com apresentação de slides, discussão em grupo e entrega de materiais impressos, tudo em linguagem clara e não médica. Entendo que este é um método de anticoncepção (para evitar gravidez) e que como qualquer método não é garantido, mas que é um método muito eficaz (99,8%) e por isso eu desejo utiliza-lo. Entendo ainda que o método proposto é definitivo (não pode ser revertido e se o método for feito e funcionar corretamente eu não poderei mais ficar grávida por meios naturais pelo resto da vida, tendo de recorrer a inseminação artificial para conseguir, com riscos elevados de abortos).

Que o(a) Profissional de Saúde(a): _____ CRM/COREM nº: _____, informou-me e que tendo em vista minha decisão voluntária de controle de natalidade definitivo, estando dentro dos termos da lei, ser conveniente e indicado proceder a colocação de dispositivos intra-tubários Essure®, esclareceu-me que:

1. A colocação do Essure consiste basicamente na OBSTRUÇÃO (entupimento) DA LUZ DAS TROMPAS UTERINAS, como objetivo de impedir uma nova gravidez. Para este objetivo existem várias formas de abordagem cirúrgica: a) laparoscópica; b) minilaparotomia; c) vaginal, que também são opções para laqueadura tubária.
2. Esta técnica pode ser realizada em regime ambulatorial, sem internação, sem anestesia. Estou ciente e aceito que raramente poderá haver a necessidade de utilização de anestesia regional (Raqui) ou geral (endovenosa) para a realização do procedimento em casos específicos, a ser determinado pelo médico. Além de compreender que podem ocorrer reações alérgicas aos anestésicos, causando intoxicação aguda e suas consequências.
3. Embora o método Essure de obstrução tubária seja um efetivo método de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%, assim como nenhum outro método. Sua eficácia é de 99.8% (após 90 dias e confirmada a posição adequada dos implantes). E reconheço que não tenho direito à reparação de nenhum tipo em caso de gravidez indesejada.
4. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional (raro, mas não inexistente) de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.

HMMR
Fls. 117

Assinatura da cliente: Aracina Queiroz dos Santos



TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO DE COLOCAÇÃO
DO DISPOSITIVO INTRA-TUBÁRIA - ESSURE®

TESTEMUNHA 1: Abimilson Medeiros Caspary

Identidade nº: [REDACTED]

Assinatura: Abimilson Medeiros Caspary

TESTEMUNHA 2: _____

Identidade nº: _____ Assinatura: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL

Confirmando que expliquei detalhadamente para a paciente, os propósitos, os riscos, os benefícios e as alternativas para o procedimento acima descrito.

Nome do profissional: _____ CRM / COREM : _____

Rio de Janeiro, 12 de abril de 2016 Assinatura: [Signature]

REVOGAÇÃO

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

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 20____ Assinatura da cliente.: _____

ADENDO

Código de Defesa do Consumidor

Quanto a responsabilidade civil do médico na qualidade de profissional liberal, em face do disposto no art. 14, § 4º, do CDC, será apurada mediante verificação da culpa. Significa dizer que a paciente tem o direito de ser correta e completamente informada de todos os riscos que podem surgir, durante ou depois, da intervenção cirúrgica. Seria um texto redigido especificamente para cada caso, numa linguagem clara e compreensível, explicando todas as complicações possíveis do procedimento e esclarecendo que o paciente tem todo o direito de abandonar o tratamento quando quiser.

Lei do Planejamento Familiar - Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar.

Art. 9º - Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico,



TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO DE COLOCAÇÃO
DO DISPOSITIVO INTRA-TUBÁRIA - ESSURE®

período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

HMMR
Fls. 152

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO DE COLOCAÇÃO
DO DISPOSITIVO INTRA-TUBÁRIA - ESSURE®

5. As complicações que poderão surgir são:

- a) Intra-operatórias: sangramento, lesões nas trompas, hipervolemia e perfuração uterina, todas com menos de 1,1% de chance. Falha de funcionamento por posicionamento incorreto, ou quebra (até 4%).
b) Pós-operatórias: Leves e mais frequentes (cólicas abdominais (dor) e sangramento), mudanças na menstruação, dores de cabeça; leves e mais raras (desmaios e baixa de pressão), com menos de 2% de chance.
c) Pós-operatórias: Importantes: Excepcionais (pelviperitonite (inflamação e infecção da pelve) e hemorragia), perfurações de órgãos, eventuais alergias aos componentes do dispositivo ou migração do dispositivo dentro do corpo (menos de 0,05% de chances.

Em alguns desses casos, em situações extremas, pode haver necessidade de internação, uso de medicamentos e eventual cirurgia para retirada dos implantes ou do útero.

6. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, o médico poderá interromper o procedimento programado.

7. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, em situações imprevistas ou emergenciais que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Dentre estes procedimentos podem ser necessárias cirurgias reparadoras, cirurgia de histerectomia parcial ou total (retirada do útero), transfusões sanguíneas, dentre outras que serão devidamente explicadas no momento da necessidade e indicação.

8. Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis: Métodos de barreira; Anticoncepção hormonal; contracepção intra-uterina; Métodos naturais. E ainda assim desejo realizar este procedimento definitivo.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Li e compreendo todas as informações deste documento, antes de sua assinatura. Também entendi que, devo fazer uso de um método contraceptivo por 90 (noventa dias) após a realização do procedimento, garantindo assim tempo hábil para que o ESSURE crie a barreira natural ocluindo (entupindo) as Tubas Uterinas, e que me será oferecido um método de anticoncepção hormonal, por injeção trimestral (90 dias) no fim do procedimento de inserção dos dispositivos, que é inteiramente opcional, sendo de minha inteira responsabilidade garantir minha contracepção por 90 (noventa dias).

Qual a data da sua última Menstruação? 14 de maio 2016

Você usa qual método para não engravidar?
() Pilula - Qual? mormentin () Diu () Camisinha
() Injeção - Qual? _____ () Nenhum

Você tem alguma doença? () Não () Sim - Qual? _____

Você usa alguma medicação? () Não () Sim - Qual? _____

Você tem alergia a alguma medicação? () Não () Sim - Qual? _____

Você realizou algum procedimento cirúrgico? () Não () Sim - Qual? lexariana

Quantas vezes ficou grávida: 3 Quantos filhos vivos: 3 Aborto ou morte: mae

Quantos partos normais: 2 Quantos partos cesáreos: 1

(Espaço para explicações adicionais de acordo com o caso clínico específico de cada paciente)

Entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar (cancelar) o consentimento que agora presto, antes que o procedimento objeto deste documento se realize, sem nenhum problema. Assim, declaro agora que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Por tal razão e nestas condições CONSENTO que se realize a INTERVENÇÃO DE OBSTRUÇÃO TUBÁRIA proposta.

Rio de Janeiro, 12 de abril de 2016

HMMR
Fls. 148

Assinatura da cliente: Adriana Fátima dos Santos

