

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA VASECTOMIA

EU, abaixo assinado, procurei espontaneamente o doutor _____, para ser submetido a uma operação de vasectomia. Antes da operação foi-me informado que:

A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção da fertilidade masculina, causada pela secção dos vasos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozóides para o líquido ejaculado.

Trata-se de uma cirurgia feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia caso minha condição clínica o requeira. São feitos um ou dois cortes no escroto, que são posteriormente costurados, podendo haver ou não necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.

As complicações, embora raras, que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas ou ainda se eu tiver qualquer dúvida ou problema, devo entrar em contato com meu médico e/ou sua equipe.

Apesar de poder ser tentada a reversão futura desta cirurgia, ou seja, a recanalização do ducto deferente, quanto maior o tempo de interrupção do deferente, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade.

Apesar da vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozóides de um coto para outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo poderá permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.

O método não interfere na função sexual ou causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais freqüentemente em homens vasectomizados.

O paciente só poderá retomar sua atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozóides no ejaculado. Isto só ocorre em geral após uma média de 10 a 12 ejaculações, que é o número necessário para “esvaziar” o trato genital.

Diante do exposto, eu _____, RG _____, idade _____ anos, estou ciente dos esclarecimentos acima e manifesto que desejo ser submetido à vasectomia, por minha livre e espontânea vontade.

_____, _____ de _____ de _____. Hora: __:__.

Assinatura do paciente

Assinatura da esposa

Nome (em letra de forma): _____ RG: _____

Testemunha: _____ RG: _____

Apesar de seu médico poder lhe dar todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes