

**ANEXO 8 - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO – LAQUEADURA PARA PACIENTES
MENORES DE 21 ANOS / SEM FILHOS**

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, portadora da carteira de identidade número _____ venho através desta Declaração manifestar a minha expressa vontade de me submeter à esterilização voluntária (Laqueadura);

Declaro para os devidos fins que:

Particpei da reunião de Planejamento Familiar e conheci os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, também eficazes e reversíveis e estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível;

Manifesto esta vontade com pleno discernimento, livre e espontaneamente, sem qualquer coação ou influência e que estou em perfeito gozo de saúde mental;

Fui alertada 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; informada das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico e também acerca de seus efeitos colaterais e dificuldades de sua reversão;

Devo aguardar 60 (sessenta) dias, a partir da assinatura desta solicitação, para que o procedimento possa ser realizado;

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 de Sorocaba;

Estou ciente que por ser menor de 21 anos/sem filhos, esta Declaração deve estar registrada em cartório e estou orientada em levar a cópia da certidão de nascimento dos filhos se houver.

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.

As informações aqui prestadas são integralmente verídicas e que tenho conhecimento das consequências criminais em decorrência de declarações falsas, ficando a entidade hospitalar e o médico responsável isentos de quaisquer responsabilidades, caso venha a ser apurada eventual incorreção nas informações ora prestadas.

Antes da operação, foi me informado que:

1. A laqueadura é o método cirúrgico de interrupção de fertilidade feminina. O procedimento tem boa eficácia. Entretanto, como qualquer método contraceptivo, pode falhar.
2. A laqueadura tubária apresenta uma porcentagem de falha de 0,41%, considerada baixíssima e que independe do paciente ou do médico, segundo a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).
3. A realização da laqueadura não interfere na libido ou nas relações sexuais e tampouco apresenta efeitos colaterais.
4. Após a laqueadura, é importante ter alguns cuidados para que sejam evitadas complicações e, para isso, é recomendado evitar ter contato íntimo, realizar tarefas pesadas, como limpar a casa, ou praticar atividade física, por exemplo.
5. Além disso, durante o período de recuperação, é importante que a mulher fique em repouso e tenha uma alimentação saudável que ajude na cicatrização.
6. No entanto, caso exista algum sangramento anormal ou dor excessiva, é importante comunicar o ginecologista para que seja feita uma avaliação, caso haja necessidade.

Apesar do fornecimento de todas as informações necessárias e do aconselhamento, de maneira satisfatória sobre a Laqueadura, a opção pelo procedimento é de minha total responsabilidade.

A presente Declaração é a mais pura manifestação expressa da minha vontade na realização da esterilização permanente pelo procedimento de Laqueadura.

Sorocaba _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente

