

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA CONTRACEPTIVA MASCULINA

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr _____ e/ou seus assistentes a realizar uma operação contraceptiva masculina (procedimento que bloqueia a passagem dos espermatozoides pelo canal deferente do testículo para a uretra, impedindo de maneira definitiva que eu não mais engravide a minha companheira, ou seja, fique impossibilitado de fazer filhos definitivamente. Antes do procedimento foi me explicado e para a minha esposa, outras formas de evitar filhos, como o uso de camisinha, DIU, pílulas anticoncepcionais, tabela. Também nos explicaram que a cirurgia contraceptiva masculina é uma operação que se faz com anestesia local (raras vezes, dependendo da condição do paciente pode ser necessária outra forma de anestesia), são feitos um ou dois cortes no escroto, que são no final fechados com pontos, (não precisam ser retirados depois). Fomos esclarecidos também sobre as possíveis complicações da operação. Pode ocorrer hematoma (sangramento), manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção (febre). Existe uma possibilidade muito pequena (1 em cada 2000 cirurgia contraceptiva masculina) de ocorrer recanalização espontânea, o que quer dizer que o homem pode voltar a engravidar sua esposa. De qualquer maneira, fiquei certo de que se precisar podemos entrar em contato com meu médico ou sua equipe a qualquer momento depois da operação. Após a operação eu devo ficar em repouso em minha casa colocando compressa de gelo no escroto por algumas horas. Posso retornar ao meu trabalho no outro dia e relações sexuais com uma semana. Sobre as relações sexuais depois da operação, os médicos deixaram bem claro que nós devemos continuar a ter os mesmos cuidados para evitar filhos até que complete 25 ejaculações e, que tenha feito um espermograma mostrando ausência de espermatozoides no ejaculado, ou seja depois da operação eu devo fazer um espermograma, mostrar aos médicos e só depois de eles constatarem que não tem mais espermatozoides é que nós poderemos ter relações sem qualquer forma de método para evitar filhos. Também foi explicado que a operação cirurgica contraceptiva masculina é definitiva, vou ficar infértil para o resto de minha vida. Uma operação que se faz para reverter à fertilidade não é segura para todos. Por fim foi nos dito que existe uma lei no Brasil que normaliza a operação cirurgica contraceptiva masculina. Por esta lei é necessário que eu tenha 60 dias para pensar juntamente com minha companheira sobre a operação, agora com os esclarecimentos dados ficam mais fácil. Diante do exposto, eu _____, com _____ filhos, RG _____, idade _____ anos, estou ciente dos esclarecimentos acima e manifesto que desejo ser submetido à cirurgia contraceptiva masculina por minha livre e espontânea vontade. _____, _____ de _____ de _____. Hora: ____:____:____ Assinatura do paciente
 _____ Assinatura _____ da _____ esposa Nome: _____ R.G.: _____ Testemunha: _____ R.G.: _____ Certifico que este documento me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e minha companheira e que entendi o seu conteúdo.

A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes. A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.