

4 x 100



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANEJAMENTO FAMILIAR

AUTORIZAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO

UNIDADE: _____

Este documento por nós lido e assinado serve para todos os efeitos legais para esclarecer que:

1º Solicitamos, por livre e espontânea vontade, que seja efetuada em _____ a esterilização cirúrgica voluntária através de:

() SALPINOTRIPSIA BILATERAL () VASECTOMIA

2º Temos conhecimento da disponibilidade de outros métodos contraceptivos.

3º Estamos conscientes de que a contracepção cirúrgica é um método considerado na prática como definitivo, e que a cirurgia de remoção não é garantida e nem fornecida de modo rotineiro.

4º Estamos conscientes de que, como qualquer cirurgia, a contracepção cirúrgica tem seus riscos operatórios e possíveis efeitos colaterais.

5º Estamos conscientes de que, embora a contracepção cirúrgica seja um método extremamente eficaz, eventualmente podem ocorrer falhas (0,5%).

Assinatura do paciente: _____

Documento de Identidade: _____

Assinatura do parceiro (a): _____

Documento de Identidade: _____

Justificativas _____

Assinatura e Carimbo do profissional Solicitante

Considerado o desejo do (a) paciente e as justificativas inerentes ao caso, nosso parecer é

() FAVORÁVEL

() CONTRÁRIO

Local e Data

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO