

Orientações Gerais para implantação e/ou funcionamento para Serviço de Atenção a Saúde Reprodutiva para método definitivo.

1 - Composição da Equipe Multiprofissional do Serviço de Atenção À Saúde Reprodutiva:

Médicos;

Enfermeiro;

Psicóloga;

Assistente Social;

Técnico de Enfermagem;

Administrativo.

2 - Público Alvo para Atendimento:

- 1 – Mulher e homem com capacidade civil plena;
- 2 – Ser maior de 25 anos ou, pelo menos, com dois filhos nascidos vivos;
- 3 – Apresentar risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto;
- 4 – Em caso de casais, haver consentimento do cônjuge ou companheiro;
- 5 – Em caso de incapazes, haver autorização judicial;
- 6 – Realizar uma Avaliação Psicológica para fins de indicação do procedimento;
- 7 – Apresentar o pedido médico para o procedimento;
- 8 – Sustentar um prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o procedimento.

3 – Agendamento

As Unidades Básicas Saúde ou Estratégia de Saúde da Família deverão referenciar os clientes para acompanhamento subsequente no Serviço de Atenção a Saúde Reprodutiva conforme as pactuações aprovada pela CIR e homologada na CIB .

4 - Atividades desenvolvidas pelos profissionais do Serviço de Atenção a Saúde Reprodutiva:

O Serviço de Atenção a Saúde Reprodutiva, como toda área da medicina atual, requer um trabalho multidisciplinar para ser abordado integralmente. Os clientes passam

em média por 06 consultas com a equipe multidisciplinar do serviço de Atenção à Saúde Reprodutiva, sendo: para pacientes do interior 03 consultas com o médico, 01 com a assistente social, 01 com a psicóloga e 01 com a enfermeira. O parecer final deve ser liberado em reunião de toda equipe porque é decisão do grupo. Segue síntese da atuação de cada profissional:

- **Enfermeiro:** acolher o paciente, organizar o fluxo de atendimento, realizar a consulta de enfermagem, agendar de consultas, cirurgias, exames e demais solicitações de especialidades, realização de palestra educativa e cuidados pré e pós-operatório. Encaminhamento do laudo de Laqueadura Tubária e Vasectomia;
- **Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:** verificar os sinais vitais e peso de cada paciente na pré-consulta e anotar no prontuário. Auxiliar os profissionais de saúde durante a consulta e outros procedimentos;
- **Assistente Social:** responsável pelo primeiro atendimento do casal/mulher ou homem no Serviço Atenção a Saúde Reprodutiva. Garante o acesso dos indivíduos ao que lhes é garantido por lei. Realiza entrevistas e aconselhamento, formula estratégias de intervenção profissional e subsidia a equipe de saúde, resguardando as informações sigilosas. Realiza atividades educativas junto à equipe multidisciplinar garantindo o acesso do usuário aos serviços ofertados;
- **Psicóloga:** consulta e entrevista direta com os pacientes, confrontando os medos, inseguranças e tabus do casal em relação ao método contraceptivo escolhido. Em caso de pacientes que serão submetidos à esterilização, este profissional deve ser consultado, no mínimo, por duas sessões espaçadas em trinta dias;
- **Médicos:** responsáveis em auxiliar na escolha do melhor método indicado para cada paciente, inserção e retirada de DIU ou implante (IMPLANON). Orientações individuais e/ou do casal em relação a situações específicas, esclarecimento de dúvidas, solicitação de exames e preenchimento da AIH.

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA:

- 1 – Cópia do documento de identidade;
- 2 – Cópia das Certidões de nascimento dos filhos se houver;
- 3 - Termo de Consentimento esclarecido e informado, com expressa manifestação da vontade;
- 4 - Cópia da certidão de casamento, se necessário. Para os que vivem maritalmente, sem formalização, apresentar uma declaração assinada por ambos;
- 5 – Cópia do documento de identidade do cônjuge ou companheiro se houver;
- 6 – Parecer psicológico e da Assistente Social;
- 7 – Autorização judicial, em caso de incapazes;
- 8 – Pedido médico para o procedimento;
- 9 – Relatório testemunhado e assinado por dois médicos, em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito.

IMPORTANTE: é vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto ou até o 42º dia do pós-operatório, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição ao segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso, apresentar relatório assinado por dois médicos. O procedimento de esterilização somente poderá ser realizado por instituições que atenderem aos critérios, e que estejam habilitadas / autorizadas para a realização dos mesmos. É vedada a realização da cirurgia durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, outras drogas, estados emocionais alterados, incapacidade mental temporária ou permanente e devidamente registrada no parecer psicológico e/ou psiquiátrico.

ENCAMINHAMENTO PARA LAQUEADURA TUBARIA

Data: ___/___/___	Prontuário: _____	Telefone: () _____
Nome Completo: _____		
DN: ___/___/___	Idade: ___	CPF: _____
Cartão SUS: _____		RG: _____
Cidade: _____		Nº: _____
Endereço: _____		
Estado civil: _____		Cor/Raça: _____
DADOS ANTROPOMÉTRICOS:		

Peso: _____ Altura: _____ Circunferência Abdominal: _____ Valor IMC: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

Nº de Gestações: _____ Nº de Partos: _____ P. Normal: _____ P. Cesária: _____.

Intercorrências em Gestações Anteriores: _____.

() DMG () DHEG () Pré-eclâmpsia () Eclâmpsia () S. Hellp

Tempo da ultima Gestação/Aborto (em anos, meses ou semanas): _____.

Nº de Abortos: _____ Espontâneos: _____ Provocados: _____ Com de Curetagem: _____.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Fumante: () Não () Sim. Quantidade/dia: _____

Etilista: () Não () Sim

Diabetes: () Não () Sim

Hipertensão Arterial: () Não () Sim

Cardiopatias () Não () Sim.

Doença tromboembólica () Não () Sim

MEDICAÇÃO DE USO CONTINUO: _____

EXAMES SOLICITADOS E SEUS RESPECTIVOS RESULTADOS:

(Obs: Anexar copia dos resultados de exames junto à entrevista guiada)

RISCO CIRURGICO:

ECG - Data: ___/___/_____.

Alterações: _____

RX DE TORAX - Data: ___/___/_____.

Alterações: _____.

EXAMES LABORATORIAIS

Data da coleta: ___/___/_____.

BHCG: Resultado:() Positivo () Negativo

HEMOGRAMA COMPLETO:

Data da coleta: ___/___/_____.

Hemácias: _____ Plaquetas: _____ Hb: _____ Ht: _____

Glicemia de Jejum: _____ Creatinina: _____ Colesterol: _____ Eletrólitos: _____

Potássio: _____ Coagulograma: _____

TP/TTPA (se acima de 35 anos e/ou comorbidades) _____

URINA I

Alterações: _____

TESTES RAPIDOS

Data do exame: ___/___/_____.

Anti HIV: Resultado: () Reagente () Não Reagente.

VDRL: Resultado: () Reagente () Não Reagente.

HBSAg: Resultado: () Reagente () Não Reagente.

Anti HCV: Resultado:() Reagente () Não Reagente.

PREVENTIVO - DATA: ___/___/_____.

Alterações: _____

PARECER MÉDICO PARA ENCAMINHAMENTO LAQUEADURA

Data: ___/___/___ **Prontuário:** _____ **Telefone:** () _____

Nome Completo: _____

DN: ___/___/___ **Idade:** ___ **Endereço:** _____ **Nº:** _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____ **CRM Nº:** _____

LAUDO:

CONCLUSÃO:

Assinatura Médico e Carimbo

**PARECER DA ASSISTENTE SOCIAL PARA ENCAMINHAMENTO DA
LAQUEADURA**

Data: ___/___/___ **Prontuário:** _____ **Telefone:** () _____

Nome Completo: _____

DN: ___/___/___ **Idade:** ___ **Endereço:** _____ **Nº:** _____

ASSISTENTE SOCIAL RESPONSÁVEL: _____ **CRESS Nº:** _____

LAUDO: _____

CONCLUSÃO: _____

Assinatura Assistente Social e Carimbo

PARECER PSICOLOGICO PARA ENCAMINHAMENTO DA LAQUEADURA

Data: ___/___/___ **Prontuário:** _____ **Telefone:** () _____

Nome Completo: _____

DN: ___/___/___ **Idade:** ___ **Endereço:** _____ **Nº:** _____

PSICÓLOGA RESPONSÁVEL: _____ **CRP Nº:** _____

LAUDO: _____

CONCLUSÃO:

Assinatura Psicólogo e Carimbo

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO EM PALESTRA EDUCATIVA DO
SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA**

Em cumprimento à Lei 9263/96, artigos 4º, 5º e 9º, certificamos que

Prontuário nº _____ participou do trabalho educativo do Serviço de Atenção à
Saúde Reprodutiva, realizado na Unidade de Saúde
_____ em _____, sendo-lhe esclarecido e
oferecido o acesso aos métodos anticoncepcionais disponíveis, gratuitamente pela SMS
– município/MS.

....., ___ de _____ de 20__.

Assinatura e carimbo da gerência da unidade

Assinatura e carimbo do responsável pela palestra

**DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
OBRIGATORIAMENTE NECESSÁRIO PARA CIRURGIA DE LAQUEADURA
TUBÁRIA BILATERAL.**

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Fundamentação legal – Lei n. 9.263 de 12/01/96 e Resolução ANS n° 167/08

Eu, _____

Estado Civil _____ Portadora do RG n° _____

CPF n° _____ Data de Nascimento ____/____/____

Residente: _____ n° _____

Na cidade de Aral Moreirado Estado do Mato Grosso do Sul.

Nome do cônjuge/companheiro _____

RG n° _____ CPF n° _____

Data de Nascimento do Cônjuge ____/____/____.

Tempo de casamento/união estável _____

desejamos fazer cirurgia de LAQUEADURA TUBÁRIA.

DECLARO para todos os fins de direito, que estou ciente das exigências da Resolução n°. 167/08 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e da Lei n. 9.263/96, quanto à cirurgia que pretendo realizar, conforme segue: 1– Estou em gozo de minha plena capacidade civil. 2– Sou maior de 25 (vinte e cinco) anos de idade, data de nascimento (____/____/____) e ou tenho pelo menos dois filhos vivos, com o cônjuge/companheiro atual, a saber:

_____ sexo: _____ DN: ____/____/____

_____ sexo: _____ DN: ____/____/____

_____ sexo: _____ DN: ____/____/____

_____ sexo: _____ DN: ____/____/____

_____ sexo: _____ DN: ____/____/____

3 – Estou ciente de que deverei observar o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações.

4 – Declaro para todos os fins de direito que estou manifestando neste ato, a minha vontade de me submeter à cirurgia acima indicada e que recebi informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

5 – O dois conjugue estão cientes do ato cirúrgico que será realizado e de suas possíveis consequências, e expressamente manifestam o consentimento mútuo e comum, assinando o presente termo.

6 – O casal está ciente de que a presente cirurgia deverá obrigatoriamente ser comunicada à direção do SUS – Sistema Único de Saúde, através de informação encaminhada ao Serviço Público Municipal, feito pelo Hospital onde o procedimento foi realizado. O casal está ciente de que é vedada a realização de laqueadura tubária nos seguintes casos:

a) A esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por risco de ruptura uterina ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição o segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deverá ser intra-operatória e testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos, dispensando este documento.

b) A esterilização cirúrgica em mulher através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização.

c) Não será considerada a esterilização de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura), durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alteradas ou incapacidade mental temporária ou permanente. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

ESCLARECIMENTO MÉDICO: Declaro que o Dr. _____

CRM nº _____ Informou-me que, sendo minha vontade buscar uma contracepção definitiva, seria conveniente e indicado proceder A INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA BILETERAL. Esclareceu-me que:

1 – A intervenção de laqueadura tubária consiste basicamente na INTERRUPÇÃO DA CONTINUIDADE DAS TROMPAS DE FALÓPIO, com o objetivo de impedir uma nova gravidez. Para realização da técnica existem várias formas de abordagem cirúrgica:

- a) Laparoscópica;
- b) Microlaparotomia;
- c) vaginal;
- d) Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea, restrito a casos especiais);

2- Esta técnica necessita de anestesia.

3- Embora, o método de laqueadura tubária é o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100% (cem por cento). Existe uma porcentagem de falha de 0,41% (zero ponto quarenta e um por cento).

4- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.

5 – As complicações que poderão surgir são:

a) Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico:

b) Pós-operatórias:

- Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia, etc.);
- Graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombose, hematomas, pelviperonites, hemorragias), perfurações de órgãos;

6 – Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

7 – Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis:

- Método de barreira (preservativo masculino e feminino, diafragma, etc);
- Anticoncepção hormonal (pílula, injetáveis, implantes);
- Contracepção intra-uterina (DIUs);
- Métodos naturais (tabelinha - Método Billings).

DECLARO que entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto, antes que o procedimento objeto deste documento se realize. Assim, declaro agora que estou satisfeita (o) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA PROPOSTA.

_____ / ____ / ____.

Cidade e data.

PACIENTE

CONJUGUE

TESTEMUNHA 1

TESTEMUNHA 2

MÉDICO (carimbo e assinatura)

REVOGAÇÃO

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

Local e Data: _____

Médico: _____ Paciente ou representante legal: _____

Obs: Esse documento teve colaboração da Enfermeira Isabel Cristina Spies de Aral Moreira e a mesma autorizou o uso dos mesmos pela Secretetaria Estadual de Saúde / Gerencia da Saúde Mulher .

- Encaminhamento para internação em caso da esterilização cirúrgica após consenso da equipe. Os médicos também são responsáveis por ler e esclarecer o Termo de Consentimento pós-informado
- **Administrativo:** recepção de pacientes, verificação dos documentos (cartão SUS, RG, CPF, comprovante de residência) e atualização de cadastro, agendamento de consultas, encaminhamentos e exames. Quando do processo efetivado deverá orientar as providencias necessárias como: cópia RG, CPF, CNS, comprovante de residência, documentos pessoais, cartão SUS para a solicitação de vaga.

5 - Fluxo de atendimento no serviço de atenção à saúde reprodutiva:

1º - Atendimento multidisciplinar (assistente social, psicólogo, médico e enfermeiro); com solicitação de exames, preenchimento da AIH e formulários da resolução SES N°.009/2015 de 10/03/2015;

2º - Encaminhamento do paciente para realização do procedimento cirúrgico conforme o fluxo da Central de Regulação;

3º - Consulta pós operatória deverá ser realizada no Serviço de Saúde Reprodutiva no Serviço das Secretarias Municipal de Saúde no período da retirada dos pontos e avaliação pós cirúrgica.

Para os cientes que realizaram a vasectomia, durante a consulta é necessário providenciar a solicitação de espermograma que deverá ser realizado 90 dias após o procedimento, agendando após esse período novo consulta médica para avaliação do exame e alta.

4º - Cabe à Secretaria Municipal de referência do paciente SMS providenciar a referência para a realização do exame de espermograma e liberação de camisinha até a alta do paciente.

Vasectomia:

Os pacientes passam em média por 06 consultas com a equipe multidisciplinar do serviço de Atenção à Saúde Reprodutiva, sendo: para pacientes do interior 03 consultas com o médico, 01 com a assistente social, 01 com a psicóloga e 01 com a enfermeira. Após cumprir todas as etapas de acordo com a LEI 9263/96, o Laudo para Solicitação/Autorização de procedimento Ambulatorial, junto com o Termo de Consentimento pós-informado ambos devidamente preenchidos, serão encaminhados para o Setor de Autorização via Central de Regulação Estadual (CERA). O cliente será encaminhado para o procedimento com os exames pré-operatórios (hemograma, glicemia de jejum e coagulograma) e ficha de encaminhamento para vasectomia.

Ao chegar o Laudo autorizado no Setor de marcação de cirurgia, as funcionárias do local irão informar a CERA que oficializara à SMS e esta informará o cliente à data do procedimento e realizará orientações gerais.

No dia agendado o paciente deverá comparecer ao Estabelecimento de Saúde informado com CNS, documento pessoal com foto, ficha encaminhamento para vasectomia e exames pré-operatórios.

Após a cirurgia os clientes de outros municípios sem intercorrência durante o procedimento deverão retornar ao município de residência para consulta pós-operatória e realização do espermograma e os pacientes que porventura apresentem intercorrência no procedimento, farão acompanhamento pós-operatório na unidade executante do procedimento cirúrgico.

Laqueadura:

Segundo a lei 9263/96 as pacientes passam em média por três consultas com GO, uma com a assistente social, uma com a psicóloga e uma com a enfermeira. Após a primeira consulta médica, nos casos de pacientes de alto risco para complicações no procedimento cirúrgico (problemas cardíacos, diabetes, hipertensão e outras patologias) é solicitado risco cirúrgico, nestes casos além dos exames de rotina (hemograma, coagulograma, glicose, creatinina e potássio) é solicitado também raios-X de tórax, eletrocardiograma e ecocardiograma.

Após o cumprimento de todas as etapas do programa conforme as exigências da lei 9263/96 (palestra, consulta com equipe multidisciplinar, realização de exames); os laudos para solicitação de AIH junto com o Termo de Consentimento pós-informado, serão encaminhados para o Setor de Autorização de laudos.

No momento que a AIH autorizada chegar ao Setor de marcação de cirurgia do Estabelecimento de Saúde, as funcionárias do local irão informar a CERA que oficializará à SMS e esta informará o cliente à data do procedimento e realizará orientações gerais.

A cliente deverá comparecer ao Estabelecimento de Saúde, no dia marcado para cirurgia para internação, com cópia do RG, CPF, CNS, comprovante de residência, documentos pessoais e exames pré-operatórios.

O pós-operatório será realizado na unidade de saúde mais próxima da residência do paciente, devendo o mesmo receber na alta hospitalar, receita com orientações médicas e ficha de referencia e Contra-Referência.

O paciente que apresentar intercorrências no pós-operatório deverá procurar a unidade executante do procedimento cirúrgico.

Observação: Para informações complementares da implantação do Serviço de Atenção à Saúde Reprodutiva entrar em contato com Gerência Estadual Saúde da Mulher através do telefone 3318-1740 ou e-mail [sdmulher @saude.ms.gov.br](mailto:sdmulher@saude.ms.gov.br)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA.....

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO EM PALESTRA
EDUCATIVA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE
REPRODUTIVA**

Em cumprimento à Lei 9263/96, artigos 4º, 5º e 9º, certificamos que

Prontuário nº _____ participou do trabalho educativo do Serviço de
Atenção à Saúde Reprodutiva, realizado na Unidade de Saúde
_____ em _____, sendo-lhe
esclarecido e oferecido o acesso aos métodos anticoncepcionais
disponíveis, gratuitamente pela SMS – município/MS.

Município, ___ de _____ de 20__.

Assinatura e carimbo da gerência da unidade

Assinatura e matrícula do responsável pela palestra

ORIENTAÇÕES AO USUÁRIO:

Este é um certificado de participação no trabalho educativo do Serviço de Atenção à Saúde Reprodutiva, que será necessária apresentação em momento oportuno. Compreendemos que a opção pelo método contraceptivo feito ao fim deste trabalho é a melhor para o seu momento atual e pode não ser definitiva. Portanto, em caso de dúvidas ou desejo de mudar o método contraceptivo escolhido, procure a uma Unidade de Saúde para nova orientação.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA

SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE REPRODUTIVA

MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DE ANTICONCEPÇÃO
IRREVERSÍVEL - LEI Nº 9263/96

Eu, _____ portador
do RG nº _____, residente a
_____, atendido na Unidade de Saúde
_____ sob o prontuário nº _____, desejo
submeter-me voluntariamente a procedimento cirúrgico de esterilização
(laqueadura tubária / vasectomia) sobre o qual fui devidamente esclarecido,
estando em conformidade com a Lei 9263/96 do planejamento familiar.
Estou ciente que o prazo mínimo entre a manifestação da vontade e a
realização do procedimento é de 60 (sessenta) dias.

Município, ___ de _____ de 20__.

Assinatura do solicitante

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA

SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE REPRODUTIVA

FICHA DO SERVIÇO SOCIAL

N do Prontuário: _____

Data da Consulta: ____/____/____

1- Identificação:

Nome: _____ Naturalidade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____

Cor: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Fone: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Religião: _____

RG: _____ CPF: _____

2- Escolaridade:

Alfabetizada () 1º Grau () Semi - Alfabetizada () 2º Grau ()

Analfabeta () Curso Superior () Profissionalizante ()

Estuda Atualmente? Sim () Não ()

Tipo de Escola: Pública () Particular ()

Deixou de Estudar? Sim () Não ()

Porque? _____

3- Trabalho:

Trabalha? _____ Em casa () Emprego ()

É registrada em carteira? Sim () Não ()

Quantas horas por dia? _____

Quantos dias por semana? _____

Quanto você gasta? _____

4- Habitação:

Com quem você mora hoje? Família () Parente () Estranhos ()

Casa: Alugada () Própria ()

Paga aluguel? Sim () Não () Quanto? _____

Tipo de Casa: Alvenaria () Madeira () Outras () _____

Água: Tratada () Poço () Natural/rio ()

Tem Eletricidade? Sim () Não ()

Tem Esgoto? Sim () Não ()

Tem Coleta de Lixo? Sim () Não ()

5-Hábitos de Vida: Pratica Esporte? Sim () Não ()
Qual? _____

6-Vícios:

Fuma? Sim () Não () Quantos Cigarros/dia?

Bebe? Sim () Não () Sempre () As vezes ()

Usa droga? Sim () Não () Já Usou () Qual?

7- Já tinha ouvido falar em Planejamento Familiar? Sim () Não ()

8- Paga INSS? Sim () Não ()

9- Faz uso de anticoncepcional? Sim () Não ()

10- Qual o método contraceptivo utilizado? _____

11- Você planejou para ter Filhos? Sim () Não ()
Quantos? _____

12- Porque a LT/Vasectomia, uma vez que existem outros métodos no P.F.?

13- Você acha que a sua vida sexual mudará após a LT/Vasectomia?

14- Qual a sua opinião sobre o serviço de P.F.?

15- Seus filhos freqüentam creche? Sim () Não ()

16- Quantos filhos vivos?

17- Quantos partos normais?

18- Quantos partos cesarianos?

19- Qual dessas perguntas você mais se identificou?

- A) Maior interesse do homem pelo controle sobre os nascimentos dos filhos.
Sim () Não ()
- B) Mudanças de hábitos culturais e sociais, parecendo que os homens passaram a aceitar sem culpa a diferença entre sexo e reprodução.
Sim () Não ()
- C) Conhecimento do homem da sua capacidade e desempenho sexual, não serão comprometida pela realização da vasectomia?
Sim () Não ()
- D) Emancipação da mulher, já que muitas escolhem um estilo de vida que não consiste apenas em cuidar dos filhos e querem sexo, mas sem reprodução.
Sim () Não ()
- E) Maior importância da vasectomia como medida contraceptiva para o casal.
Sim () Não ()

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA.....

SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE REPRODUTIVA

FICHA PSICOLÓGICA

Nº. Prontuário: _____

Data: ____/____/____

1- Identificação:

Nome: _____ Naturalidade: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____ Cor: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Fone: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Religião: _____

RG: _____ CPF: _____

2- Motivos da Consulta:

3- Constituição e Relacionamento Familiar:

4- Dados Evolutivos importantes:

5- Vida Escolar:

6- Vida Profissional:

7- Vida Social:

8- Sexualidade:

8.1 – Caracterização da educação sexual recebida:

8.2 – caracterização da atividade sexual:

8.3 – Namoro:

8.4 – Experiências com métodos anticoncepcionais:

8.5 – Doenças Sexualmente Transmissíveis:

9 – Vivendo em relação à gestação:

10 – Vivencia em relação ao Parto:

11 – Imagem Corporal:

12 – Uso de Drogas:

13 – O que é ter _____ anos?

14 – Relato de um dia habitual de sua vida:

15 – Expectativas em relação ao futuro:

16 – Expectativas em relação ao atendimento:

17 – Exame psíquico:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA

SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE REPRODUTIVA

TERMO DE DECLARAÇÃO E COMPROMISSO - VASECTOMIA
Solicitação de autorização para contracepção cirúrgica como Planejamento
Familiar

Eu,

_____ portador
do RG nº. _____ órgão/UF _____ C. P.F.

_____, voluntariamente desejo submeter-se a contracepção cirúrgica, sobre a qual fui devidamente esclarecido: estando em conformidade com a Lei 9263 que rege a esterilização voluntária.

Assumo total responsabilidade presente e futura e estou ciente que deve ser observado o prazo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.

DATA DA MANIFESTAÇÃO DA VONTADE

_____/_____/_____

() **Vasectomia Bilateral**

Minha decisão foi tomada após ter recebido orientações sobre todos os métodos existentes e sobre que:

- 01- Existem, e estão disponíveis, métodos anticoncepcionais temporários os quais me foram oferecidos;
- 02- Este é um ato cirúrgico, de pequeno porte, que envolve desconforto e risco como qualquer outra cirurgia;
- 03- Este é um método anticoncepcional de caráter definitivo e irreversível, portanto não poderei ter mais filhos;
- 04- Ocasionalmente este método pode falhar;
- 05- Em conformidade com a Lei 9.263 que trata do planejamento familiar o cliente

_____ deseja submeter-se a esterilização voluntária que se enquadra na lei por ter _____ filho (s) vivo e contar, atualmente, com _____ anos de idade ao que somos favoráveis a realização do ato cirúrgico solicitado.

Assinatura do Médico Responsável

Assinatura do Cliente

Assinatura da Esposa/companheira

Data ____/____/____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA

SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE REPRODUTIVA

TERMO DE DECLARAÇÃO E COMPROMISSO - LAQUEADURA TUBARIA

1. Identificação do Paciente (representante Legal)

Nome: _____ Idade: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ Registro Hospitalar: _____
C.P.F: _____ RG: _____

2. Declaro que o Doutor (a)

Explicou-me e eu entendi e quero me submeter:

2A) **Nome do Procedimento** : Laqueadura Tubária.

2B) Descrição Técnica do Procedimento:

2.b.1. A laqueadura tubária consiste em se cortar a trompa e suturar as suas duas bordas com o objetivo de evitar uma nova gravidez.

2.b.2. A cirurgia poderá ser feita por laparoscopia (onde se introduz um tubo rígido pelo abdômen e pode-se amarrar ou cauterizar a trompa)

2.b.3 . Laparoscopia (normal, por pequena incisão)

2.b.4 . Via vaginal, onde se localiza a trompa pelo fundo-de-saco.

2.b.5. Durante a realização de laparotomia por minilaparotomia e de cesariana.

2C) DESCRIÇÃO DOS INSUCESSOS: Não existe segurança em 100% dos casos.

Existem falhas que variam de 0,2 a 0,4 %. Fui orientada que existem outros métodos anticoncepcionais que são reversíveis (hormônio, DIU, métodos de barreira, métodos naturais). Fui orientada que o método é irreversível e que, se quiser restaurar a função, a **probabilidade de recuperar a capacidade de engravidar é quase igual à zero.**

2D) DESCRIÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO ATO OPERATORIO: complicações raras podem ocorrer: hemorragia, dor local, hematomas,, irritação frênica, lesões de alça. Podem ocorrer insuficiência lútea e distúrbios menstruais.

2E) DESCRIÇÃO DA ANESTESIA: Anestesia local, geral ou bloqueio.

2F) DESTINO DA PEÇA OPERATORIA: Se houver, será enviada para estudo de tecidos (anatomopatológico).

3. Caso ocorram dificuldades técnicas durante o procedimento (varizes, aderência) pode haver necessidade de modificação técnica operatória;

4. Eu _____, declaro que entendi as explicações contidas neste documento.

CIDADE _____ DATA ____ / ____ / ____

Assinatura do Médico

Assinatura da Paciente

Assinatura de Testemunha

Assinatura de Testemunha

5. Declaro que é possível, a qualquer momento, antes da cirurgia, revogar o meu consentimento.

Revogo o consentimento prestado no dia _____ e afirmo que não desejo prosseguir com tratamento que me foi proposto, o qual dou como finalizado nesta data.

CIDADE _____

DATA ____ / ____ / ____

Assinatura do médico

Assinatura da Paciente

Assinatura da Testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da Testemunha

Assinatura da testemunha

6. Declaro que concordo com a Laqueadura Tubária.

Assinatura do Marido ou Companheiro

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA.....
SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE REPRODUTIVA

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA REALIZAÇÃO DO
ESPERMOGRAMA**

Eu, _____ portador do

RG nº _____ órgão/UF _____ CPF _____,

responsabilizo-me a retornar em 90 (noventa) dias após a realização da vasectomia com resultado do exame de espermograma.

Município, ____/____/____

Assinatura do Cliente

Observação: Para informações complementares da implantação do Serviço de Atenção à Saúde Reprodutiva entrar em contato com Gerência Estadual da Saúde da Mulher através do telefone 3318-1740 ou e-mail [sdmulher @saude.ms.gov.br](mailto:sdmulher@saude.ms.gov.br).