



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA

Eu, _____, registrado (a) e matriculado (a) na unidade de Saúde/ESF, CPF _____, RG: _____, Cartão SUS nº _____,

Endereço: _____,

voluntariamente desejo submeter-me a contracepção cirúrgica, sobre a qual fui devidamente esclarecido (a).

Minha decisão foi tomada após ter recebido orientação sobre todos os métodos anticoncepcionais existentes e sabendo que:

1. Existem e estão disponíveis métodos anticoncepcionais temporários, os quais me foram oferecidos;
2. Este é um ato cirúrgico de pequeno porte, que envolve desconforto e riscos como qualquer outra cirurgia;
3. Este é um método anticoncepcional de caráter irreversível, portanto não poderei ter mais filhos;
4. Ocasionalmente este método pode falhar.
5. Caso desista desta intenção, continuarei a receber toda a assistência oferecida por esta instituição.

Assinatura ou impressão de polegar direito do(a) Paciente

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

Idade do casal: Homem - _____ Mulher - _____

Gestação: _____ Parto: _____ Aborto(s): _____ Cesárea: _____

Nº de filhos vivos: _____ Idade dos filhos: mais novo - _____ mais velho - _____

Métodos utilizados e seus efeitos: _____

Relacionamento do casal: () Estável () Instável

Patologias associadas: _____

Outros motivos (risco reprodutivo, etc.): _____

_____/_____/_____
Data

Assinatura/Carimbo

AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA

De acordo com as normas e rotinas para a utilização do método proposto, autorizamos o procedimento indicado.

Assinatura/Carimbo

Assinatura/Carimbo

Assinatura/Carimbo

Assinatura/Carimbo

João Monlevade, ____ de _____ de _____.