



Secretaria de Saúde

Av. Prof. Carvalho Pinto, 207 - 2º andar - Centro - Caieiras - SP
CEP: 07700-210 - Tel. 4445-9216

Ficha de Registro Individual de Notificação de Esterilização Cirúrgica

Identificação da Unidade

Nome

CNES

Enfermeiro que realizou o Atendimento

Dados do Paciente

Nome do Paciente: _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ Telefone: () _____

Município (IBGE) _____ CEP: _____ UF: _____ Município: _____

Sexo: F () M () Data de Nascimento: ____/____/____ N° de Filhos: _____

Grau de Instrução: Não alfabetizado () 1º grau () 2º grau () 3º grau ()

Indicação

(CID 10) – Em caso de risco a vida da mulher ou do futuro concepto

Métodos Contraceptivos Reversíveis utilizados Anteriormente

Implanon () Anel Vaginal () Hormônio injetável () DIU ()

Diafragma () Preservativo () Hormônio oral () BILLINGS (Tabelinha) ()

Data da Realização da Laqueadura

Data da internação: ____/____/____ Data da Alta: ____/____/____

Data da Realização da Vasectomia

Data do procedimento: ____/____/____

Ficha de Registro Individual de Notificação de Esterilização

Assinatura do Paciente

Carimbo e assinatura do Enfermeiro



Secretaria de Saúde

Av. Prof. Carvalho Pinto, 207 - 2º andar - Centro - Caieiras - SP
CEP: 07700-210 - Tel. 4445-9216

Para Instituição: _____

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ N° de Filhos: _____

Avaliação Médica

Data: ____/____/____

Avaliação Psicológica

Data: ____/____/____

Avaliação Social

Data: ____/____/____

Justificativa da Indicação: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

De acordo com a LEI 9263 de 12/01/1996, paragrafo 7, artigo 225 da Constituição Federal, Capítulo de Planejamento Familiar, Artigo 11 (mantida na atualização da lei 14.443 de 2022). Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do SUS – Sistema Único de Saúde

Expressa Manifestação de Vontade

Eu, _____
nascido (a) ____/____/____, RG _____,
abaixo-assinado, declaro expressamente manifestação voluntária de realizar cirurgia (operação) que visa
minha esterilização permanente, denominada _____ (Vasectomia ou Laqueadura)..
Declaro ainda que me foi dado amplo e irrestrito acesso às informações sobre os riscos da cirurgia,
possíveis efeitos colaterais, impedimento de fecundar e ter meus próprios filhos no futuro, ciente de
tratar-se de método irreversível, nada tendo a reclamar no ato operatório, e/ou após este, bem como as
opções de contracepção reversíveis existentes.

Caieiras, ____ de _____ de _____

Assinatura do Paciente

Carimbo e assinatura do Enfermeiro



Secretaria de Saúde

Av. Prof. Carvalho Pinto, 207 - 2º andar - Centro - Caieiras - SP
CEP: 07700-210 - Tel. 4445-9216

Ficha Clínica de Anticoncepção

Data: ____/____/____

Nome: _____

Endereço: _____

Nº _____ Bairro: _____

Idade: _____ Escolaridade: () Nenhuma () 1º grau () 2º grau () Superior

Cor/Raça: _____ Profissão: _____

Antecedentes Familiares

	SIM	NÃO
Hipertensão Arterial		
Diabetes		
Cardiopatía		
Câncer		

Antecedentes Pessoais

	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
Neurológicos			IST			Trombose		
Cardiovasculares			Gonococcia			Doenças hematológicas		
Cardiopatía			Sífilis			Doenças Renais		
Hipertensão			HPV			Flebites		
Diabetes			Hepatite			Distúrbios da Tireoide		
Colecistopatías			Anemias			Câncer		

	SIM	NÃO	
Transusão de sangue			Se sim, qual situação:
Cirurgias			Se sim, quais:
Medicações no momento			Se sim, quais:
Outras Doenças			Se sim, quais:
Alergias			Se sim, quais:

Assinatura do Paciente

Carimbo e assinatura do Enfermeiro



Secretaria de Saúde

Av. Prof. Carvalho Pinto, 207 - 2º andar - Centro - Caieiras - SP
CEP: 07700-210 - Tel. 4445-9216

Antecedentes Menstruais

Menarca: _____ DUM: ____/____/____ Ciclo menstrual: _____

Dismenorréia: () SIM () NÃO

TPM: () SIM () NÃO

Antecedentes Obstétricos

Gestações: _____

Partos: _____ Normais: ____ Cesáreas: ____ Fórceps: _____

Abortamentos: _____ Espontâneos: _____ Provocados: _____ Último abortamento: _____

Conhece Algum método contraceptivo () SIM () NÃO

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Tabelinha			Implanon		
Diafragma			DIU		
Espermicida			Hormônio oral		
Preservativo Masculino			Hormônio Injetável		
Preservativo Feminino			Laqueadura		
Anel Vaginal			Vasectomia		

Histórico Sexual

Idade da 1ª relação sexual: _____

Nº de parceiros sexuais atualmente: _____ No último ano: _____ Último 6 meses: _____

Frequência de relações sexuais

() Nenhuma

() Semanal - () 1 relação - () 2 relações - () 3 a 5 relações - () eventual

Orgasmo () SIM () NÃO

Dispareunia () SIM () NÃO

Coito Anal () SIM () NÃO

Drogas () SIM () NÃO

Tabagismo () SIM () NÃO

Etilismo () SIM () NÃO

Assinatura do Paciente

Carimbo e assinatura do Enfermeiro



Secretaria de Saúde

Av. Prof. Carvalho Pinto, 207 - 2º andar - Centro - Caieiras - SP
CEP: 07700-210 - Tel. 4445-9216

Conclusão

Método de escolha da paciente: _____

Indicação médica: _____

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Declaro que a Sra (o)

_____,

RG _____.

Participou do PLANEJAMENTO FAMILIAR desta Unidade de Saúde, onde recebeu orientações sobre os seguintes temas:

-Aparelho reprodutor feminino

-Aparelho reprodutor masculino

-Ciclo menstrual e Concepção

-Preservativos e ISTs

-Métodos anticoncepcionais reversíveis

-Métodos anticoncepcionais irreversíveis

Caieiras, ____ de _____ de _____

Assinatura Interessado _____

Assinatura do Paciente

Carimbo e assinatura do Enfermeiro



Secretaria de Saúde

Av. Prof. Carvalho Pinto, 207 - 2º andar - Centro - Caieiras - SP
CEP: 07700-210 - Tel. 4445-9216

SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA

Eu _____ registrado
no _____ sob
nº _____ voluntariamente desejo submeter-me a contracepção
cirúrgica sobre a qual fui devidamente esclarecido.

Minha decisão foi tomada após ter recebido orientação sobre todos os métodos
anticoncepcionais existentes na Unidade Básica de Saúde, conforme certificado em
anexo.

1- Existem e estão disponíveis métodos anticoncepcionais temporários, os quais foram
ofertados pelo casal.

2- Este procedimento contraceptivo apresenta uma taxa de falha de 3/1000, calculada pelo
índice de Pearl.

3- Declaro estar ciente dos riscos inerentes a todo procedimento cirúrgico como
complicações anestésicas, reações alérgicas a medicações, hemorragia, infecção e
abertura de ferida operatória, infecções em geral, trombose, flebite, embolia pulmonar,
parada cardiorrespiratória e outras inúmeras consideradas como raridades e que não
podem ser arroladas aqui.

4- Este é um método anticoncepcional de risco e de difícil reversão. Ocasionalmente este
método pode falhar, caso desista desta intenção continuarei a receber toda assistência
oferecida por esta instituição.

5- Este método está disponível para homens e mulheres com capacidade civil plena e
maior de 21 anos de idade, ou pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o
prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico (Lei
14.443 de 2022 art. 10º).

Assinatura ou impressão digital do dedo polegar direito do paciente

Em ____/____/____

Assinatura do Paciente

Carimbo e assinatura do Enfermeiro