

O(A) paciente _____, data de nascimento ___/___/___,

ou seu responsável _____, declara,
para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização

ao (à) médico(a) assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/SC sob o n.º _____ credenciado pelo Hospital Dona Helena, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL INTRAUTERINA HETERÓLOGA (SÊMEN CONGELADO DE DOADOR ANÔNIMO PROVENIENTE DE BANCO DE SÊMEN)** e todos que o incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINIÇÃO INFERTILIDADE:

- 1) Caracteriza-se pela incapacidade do casal gestar naturalmente com o sêmen do esposo.
- 2) Tipo de procedimento: Inseminação artificial intrauterina heteróloga (sêmen congelado de doador anônimo proveniente de banco de sêmen).
- 3) Indicações: infertilidade primária ou secundária associada a azoospermia (ausência de espermatozoides no ejaculado), oligoastenoteratospermia severa (diminuição na quantidade, motilidade e porcentagem de formas normais dos espermatozoides) ou no caso onde o esposo/parceiro é portador de alguma doença infectocontagiosa com risco de transmissão para a esposa/parceira.

COMPLICAÇÕES: infecção pélvica, gestação múltipla (gêmeos ou trigêmeos), síndrome de hiperestímulo ovariano, torção ovariana, gravidez tubária e abortamento espontâneo.

Cancelamento do ciclo de tratamento: O ciclo de tratamento da Inseminação Artificial poderá ser cancelado no caso de não resposta dos ovários às medicações utilizadas com cobrança de 50% dos valores previamente combinados (taxa hospitalar e da clínica Satis). No caso de resposta excessiva dos ovários às medicações, o ciclo poderá ser cancelado também, assim como na falha de resposta ovariana, ou convertido para Fertilização in vitro com a cobrança de valores correspondentes ao mesmo.

TAXAS DE GESTAÇÃO: As chances de gravidez através da Inseminação Artificial Intrauterina oscilam entre 10 e 20% dos ciclos realizados. Esta variação está relacionada com a idade da mulher, qualidade do sêmen após preparo no laboratório e a presença ou não de outras doenças associadas (endometriose, obstrução tubária unilateral, aderências pélvicas, etc...)

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL INTRAUTERINA HETERÓLOGA (SÊMEN CONGELADO DE DOADOR ANÔNIMO PROVENIENTE DE BANCO DE SÊMEN)** resultado pretendido. Desta maneira, autorizamos a utilização da amostra de sêmen número _____ (_____) proveniente do banco de sêmen _____ para realização da Inseminação Artificial com sêmen de doador anônimo. Estamos cientes que sob hipótese nenhuma teremos acesso à identidade do doador, assim como o mesmo não terá acesso às nossas identidades.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de sucesso, ou seja, de gravidez e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do (a) meu médico (a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer

época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existente.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo médico assistente	
Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____
Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____	

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG Nº _____	RG Nº _____
NOME _____	NOME _____
Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____	

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.