

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 realizar o seguinte procedimento: **CONGELAMENTO TERAPÊUTICO DE ESPERMATOZOIDES PÓS-PUNÇÃO E/OU BIÓPSIA DE EPIDÍDIMO OU TESTÍCULO**. 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.

O congelamento terapêutico de espermatozoides tem por finalidade a preservação destas células congeladas em nitrogênio líquido (-196º Celsius) por tem indeterminado e, com isso, a preservação da possível capacidade fértil do paciente. Os espermatozoides a serem congelados serão obtidos através de punção e/ou biópsia de epidídimo ou testículo no caso de pacientes azoospermicos (ausência de espermatozoides no ejaculado).

As principais indicações do congelamento terapêutico de espermatozoides pós punção e/ou biópsia de epidídimo ou testículo, são nos casos de azoospermia obstrutiva (pós vasectomia, sequela de trauma ou doença sexualmente transmissível, fibrose cística, etc...) ou secretória (deficiência na produção de espermatozoides devido doenças genéticas, etc...).

Antes deste procedimento o paciente deverá passar por uma consulta urológica e posterior marcação do procedimento junto ao BCTG (Banco de Células e Tecidos Germinativos) do Hospital Dona Helena. No dia do procedimento o paciente será orientado a internar no Hospital Dona Helena, para abertura do prontuário médico, e posterior encaminhamento ao Centro Obstétrico, local onde está localizado o BCTG. A decisão da técnica utilizada para captação dos espermatozoides caberá ao médico urologista. Este procedimento é realizado com anestesia local e sua duração depende do grau de dificuldade em encontrar os espermatozoides.

Após a obtenção dos espermatozoides, estes serão centrifugados e lavados com um meio de cultivo específico e diluídos num outro meio de cultivo com a finalidade de proteger as células das baixas temperaturas e com isto evitar a morte das mesmas. Posteriormente serão guardados em palhetas de 0,5ml cada (1 a 6 palhetas) e estas serão mergulhadas no nitrogênio líquido após um breve resfriamento lento. Efetuado o congelamento das palhetas, estas serão armazenadas dentro de raques coloridas com a identificação do paciente e posterior armazenamento nos botijões de nitrogênio líquido. A quantidade de amostras a serem utilizadas futuramente, dependerá da qualidade das mesmas após o descongelamento.

Todos os pacientes que armazenam células congeladas no BCTG do Hospital Dona Helena-SATIS deverão fazer exames para detecção de doenças infectocontagiosas, a saber:

- Anti-HIV
- Anti-HCV
- HbsAg
- Anti-HTLV
- VDRL
- Tipagem sanguínea

De acordo com a Resolução nº 13/2013 do Conselho Federal de Medicina, as amostras de sêmen congeladas poderão ser utilizadas pela esposa ou parceira do paciente futuramente em caso de sua morte, desde que exista esta autorização prévia "in vida". Desta maneira, eu, _____

_____, () autorizo () não autorizo a utilização das amostras de sêmen congeladas futuramente em caso de meu falecimento.

O BCTG do Hospital Dona Helena-SATIS não tem como garantir a viabilidade destas amostras congeladas, tampouco uma futura gestação, pois o paciente e sua esposa/parceira deverão ser submetidos futuramente às técnicas de Reprodução Assistida na tentativa de obtenção da gestação com seus respectivos resultados. Também estou ciente e isento o BCTG do Hospital Dona Helena-SATIS da responsabilidade de perda das amostras em caso de desastres naturais (inundações, terremotos, desabamentos, explosões, etc...).

O BCTG do Hospital Dona Helena-SATIS será responsável pela manutenção e guarda do material congelado, ficando proibida a utilização deste material em terceiros, podendo ser utilizado única e exclusivamente em minha esposa ou parceira, de acordo com minha autorização.

Desta maneira eu, _____,
portador da carteira de Identidade número _____, CPF nº _____, residente
na Rua _____, nº _____, Bairro _____,
Cidade _____, Estado _____, Telefone _____, declaro, que fui
submetido ao congelamento de espermatozoides pós-punção/biópsia de epidídimo e testículo, no dia ____/____/____ com o posterior congelamento das amostras. Comprometo-me a manter meu telefone e endereço atualizados com o BCTG para que não haja perda de contato entre as partes. Fica autorizado o descarte das amostras após minha autorização por escrito solicitando o mesmo ou em caso de inadimplência nas taxas de manutenção das mesmas por um período superior a 03 (três) meses após aviso do BCTG via AR (carta registrada).

HONORÁRIOS E CUSTOS:

Os custos para o congelamento de espermatozoides pós-punção e/ou biópsia de epidídimo ou testículos são de _____ (_____) referente as taxas hospitalares e _____ (_____) de honorários médico.

Após o congelamento será cobrada uma taxa de _____ (_____) por mês referente à manutenção das amostras congeladas. A taxa de manutenção das amostras sofrerá um reajuste anual de acordo com o IGPM-M (FGV). Nestes valores não estão inclusos os honorários do urologista, os quais deverão ser acertados em separado com o mesmo, tampouco os valores futuros referentes ao tratamento com as técnicas de Reprodução Assistida.

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

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.