PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Anexo III

Encaminhamento da Atenção Primária à Saúde (APS) para realização de Laqueadura Tubária ou Vasectomia

LEI Nº 9.263 DE 12 DE JANEIRO DE 1996/ PORTARIA Nº 48 DE 11 DE FEVEREIRO DE 1999/
Lei nº 14.443 de 02/09/22

1-Dados Gerais

UBS:_____
Telefone para contato com a UBS:_____
Data da manifestação da vontade na UBS:_____
Data do encaminhamento para realização do procedimento cirúrgico (mínimo de 60 dias após manifestação da vontade):_____
Nome:_____
Data de Nascimento:_____Idade:_____
Cartão SUS:_____Situação Conjugal:_____
Endereço:_____
Cidade:_____telefone:_____

2-Critérios para autorização:

1- ( ) Mulher ou Homem com capacidade civil plena;
2- ( ) Ser maior de 21 anos ou, pelo menos com dois filhos vivos;*
3 ( ) Incapaz com autorização judicial;
4- ( ) Passou por aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce, informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

*Nº de filhos vivos:_____

3 – Parecer médico quanto as condições de saúde da paciente:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Médico Responsável (Nome/CRM/Ass.):_____CRM:_____

Del CIB PR nº 047/2023-Fluxo para realização de Esterilização Cirúrgica (Laqueadura e Vasectomia).

Correspondência 732/2023. Assinatura Qualificada realizada por: **Cesar Augusto Neves Luiz** em 23/03/2023 16:13. Inserido ao documento **507.788** por: **Edson Andruzinski** em: 22/03/2023 14:46. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o código: **c06fa48f7da06fe8d3c5707915e49c31**.

Digitalizado com CamScanner

4-Parecer da Equipe da APS

Métodos Contraceptivos usados anteriormente pelo solicitante:
( ) Contracepção intra uterina: _____
( ) Métodos barreira:_____
( ) Anticoncepcional hormonal oral: _____
( ) Anticoncepcional hormonal injetável: _____
( ) Métodos naturais.
( ) Nenhum.
Observações:_____
_____
_____
_____

Aconselhamento/Orientações realizadas pela equipe:
( ) Apresentação de métodos contraceptivos reversíveis.
( ) Esclarecimento sobre riscos e complicações do método definitivo.
( ) Esclarecimento sobre a dificuldade de reversão do método definitivo.
( ) Encaminhamento com psicologia.
( ) Encaminhamento com Serviço Social (Assistente Social).
( ) Outros.
Quais:_____
_____
_____
_____

5-Local do encaminhamento:_____

6-Conclusão:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____

Assinatura dos profissionais da APS responsáveis pelas orientações

_____

Assinatura do(a) paciente

Del CIB PR nº 047/2023-Fluxo para realização de Esterilização Cirúrgica (Laqueadura e Vasectomia).

Correspondência 732/2023. Assinatura Qualificada realizada por: **Cesar Augusto Neves Luiz** em 23/03/2023 16:13. Inserido ao documento **507.788** por: **Edson Andruzinski** em: 22/03/2023 14:46. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o código: **c06fa48f7da06fe8d3c5707915e49c31**.

Digitalizado com CamScanner