

**ANEXO III**

**ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA OU VASECTOMIA**

*Del. CIB PR nº 047/2023 - Fluxo para realização de Esterilização Cirúrgica (Laqueadura e 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 às condições de saúde da paciente:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico(a) Responsável (CRM, Assinatura e Carimbo):

**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- Parecer da Enfermagem:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermeiro(a) Responsável (COREN, Assinatura e Carimbo):

---

**7- Parecer da Psicologia:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Psicólogo(a) Responsável (CRP, Assinatura e Carimbo):

**8- Parecer da Assitência Social:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Assistente Social Responsável (CRESS, Assinatura e Carimbo):

---

**Assinatura do(a) paciente**