



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

da Atenção Primária à Saúde para realizar
Esterilização Cirúrgica Laqueadura Tubária ou Vasectomia
Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, planejamento familiar; Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022

Dados de identificação:

Nome da UBS de vinculação: _____

Data de manifestação na UBS: ____/____/____

Data do encaminhamento para realização do procedimento cirúrgico (mínimo de 60 dias após manifestação do desejo): ____/____/____

Nome da(o) paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Nº SES: _____ Nº CNS: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Telefone: _____

CrITÉrios atendidos:

- Mulher ou Homem com capacidade civil plena;
- Maior de 21 anos, ou com pelo menos dois filhos vivos;
Número de filhos vivos: _____
- Incapaz com autorização judicial;
- Passou por aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce, informando dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos adversos, dificuldades ou impossibilidade de reversão e opções de contracepção com métodos reversíveis e reversíveis longa duração;

Métodos Contraceptivos usados anteriormente pela(o) paciente:

- Contracepção com dispositivo intrauterino.
- Contracepção com anticoncepcional hormonal oral.
- Contracepção com anticoncepcional hormonal injetável.
- Uso de métodos de barreira.
- Uso de métodos naturais.
- Nenhum. Observações: _____

Aconselhamento e Orientações realizadas pela APS:

- Apresentação de métodos Contraceptivos reversíveis.
- Esclarecimento sobre riscos e complicações do método definitivo.
- Esclarecimento sobre a dificuldade ou não reversão do método definitivo.
- Encaminhamento com Psicologia.
- Encaminhamento com Serviço Social (Assistente Social).
- Outros. Quais: _____

Assinatura e identificação dos profissionais da APS responsáveis pelas orientações (no mínimo 1):

Data: ____/____/____ : _____

Data: ____/____/____ : _____

Data: ____/____/____ : _____

Datas e nomes legíveis e sem rasuras.