

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) - REDE PREFERENCIAL.

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde onde se realiza o procedimento: \_\_\_\_\_

## Identificação do Paciente:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

## Identificação do Responsável: (Em caso de paciente menor ou incapaz.)

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um dispositivo que possui como finalidade o método anticonceptivo, cuja implantação e retirada são realizadas no consultório do médico assistente da especialidade de ginecologia, exclusivamente da rede Unimed-BH no caso de seus beneficiários, observando-se que o seu plano de saúde cobre o procedimento de implantação do Dispositivo Intrauterino (DIU) e, não somente o dispositivo.

Para a implantação do DIU eu não devo ter sido submetida à laqueadura, sendo a finalidade da implantação exclusivamente para a contracepção e/ou planejamento familiar, o que expressamente declarei ao profissional médico.

Eu acima identificada, declaro que desejo submeter-me voluntariamente a inclusão do Dispositivo Intrauterino (DIU) e, em função disso procurei o médico supracitado, sendo, nesta oportunidade devidamente informada, de forma clara e compreensível sobre os riscos, vantagens, desvantagens e eficácia do procedimento e do dispositivo.

Declaro ter sido informada que devido ao uso do Dispositivo Intrauterino (DIU) hormonal podem ocorrer eventos adversos tais como cefaléia (dor de cabeça), depressão, dor no abdômen inferior, dor nas costas, corrimentos vaginais, mastalgia (dor nas mamas), ganho de peso, hirsutismo (aumento de pelos), infecção do trato genital superior. E devido ao uso do Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre podem ocorrer eventos adversos como sangramento menstrual aumentado, aumento de cólica menstruais e aumento de secreção vaginal.

Declaro ter sido informada também que há porcentagens de erro e/ou falhas quanto a este método contraceptivo que, na dependência do modelo implantado, pode variar de 0,3 a 33%, havendo possibilidade de engravidar após sua inclusão.

Declaro ter sido orientada sobre a necessidade de acompanhamento regular após a implantação do Dispositivo Intrauterino (DIU) e que ele deve ser trocado no prazo estipulado pelo fabricante de acordo com o modelo implantado, podendo variar no intervalo de 3 a 10 anos.

Assim, estando todas as explicações acima completamente entendidas, como também esclarecidas todas as minhas dúvidas, declaro estar satisfeita com as informações e compreendo o alcance, os riscos e as consequências inerentes ao procedimento de implante de Dispositivo Intrauterino (DIU) por mim solicitado, concordando com as condutas médicas que me foram explicadas no presente momento, que serão realizadas no procedimento, autorizo o implante do Dispositivo Intrauterino (DIU).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.  
(local e data)

As duas vias devem ser originais, não podem ser carbonadas ou xerocadas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do Médico responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Assinatura do paciente ou responsável

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ minutos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Local)

Revogação deste consentimento: