

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Hospital Dia.

PROCEDIMENTO: O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um método anticonceptivo, o dispositivo é pequeno em forma de T e Y implantado no útero por um médico de especialidade em ginecologia, cuja colocação e retirada é realizada no ambulatório.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves, devido ao uso do Dispositivo Intrauterino Hormonal (Mirena e Kyleena) e não hormonal (DIU de cobre e DIU de cobre e/ou prata) podem ocorrer eventos adversos, tais como: cefaleia (dor de cabeça), depressão, dor no abdômen inferior, dor nas costas, corrimento vaginal, mastalgia (dor nas mamas), ganho de peso, hirsutismo (aumento de pelos), infecção do trato genital superior, perfuração uterina durante a inserção; sensação de desmaio, náusea, hipotensão e em casos raros rotura do fundo, cólicas e (ou) dores abdominais associadas ou não a sangramentos e que o DIU que contém cobre poderá desenvolver uma reação cutânea alérgica do tipo urticária, sendo necessária sua remoção; expulsão do DIU nos dias subsequentes à inserção do mesmo; gravidez ectópica (gestação fora do útero) (0,5 a 1%), de aborto séptico, isto é, com infecção associada (<0,5%), às vezes associado a septicemia (isto é, infecção no sangue), ao choque séptico e até à morte.

O implante DIU pode ser realizado em qualquer fase do ciclo menstrual, desde que seja excluída a possibilidade de uma gestação em curso.

Compreendi que a efetividade do DIU como método contraceptivo não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha (0,2 a 0,8%) que independe do paciente ou médico, logo estou consciente da necessidade de confirmar o diagnóstico ao menor sinal ou sintoma de gravidez.

Também fui informada sobre a existência de outros métodos contraceptivos não definitivos como preservativos masculinos e femininos (camisinhas), medicamentos hormonais anticoncepcionais (pílulas, injeção, anel e implante), alguns com taxas de falha maior que os DIUs e definitivos, como vasectomia e laqueadura tubária.

O Dispositivo Intrauterino têm prazo de validade (DIU cobre - 10 anos, DIU cobre/prata - 5 anos e DIU Mirena e Kyleena - 5 anos) e após este período um novo DIU deverá ser implantado para manutenção da contracepção.

Declaro, ainda, atender as orientações relativas aos cuidados que devo tomar e demais rotinas que deverão ser por mim adotadas após a sua colocação/inserção do Dispositivo Intrauterino DIU.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO**

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Paciente

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____

Responsável

Nome: _____

Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____

Declaração do Médico Responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o procedimento, os riscos e complicações, as orientações pré e pós procedimento. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____