

## Anexo para Solicitações de Implante de Dispositivo Uterino (DIU) Hormonal (Preenchimento Obrigatório)

|                                                                     |                                      |                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Cliente:                                                            |                                      | Nº. Guia SADT:                                                                   |
| Nº.: do Cartão:                                                     | Data atendimento: ____ / ____ / ____ |                                                                                  |
| Médico Solicitante:                                                 | CRM:                                 |                                                                                  |
| Indicação Clínica:                                                  |                                      |                                                                                  |
| <b>Favor preencher os campos abaixo:</b>                            |                                      |                                                                                  |
| <b>CONTRA INDICAÇÕES ABSOLUTAS</b>                                  |                                      | <b>EXIGE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO CUIDADOSO</b>                                    |
| Gravidez suspeita ou confirmada                                     | (    ) SIM    (    ) NÃO             | Nuliparidade                                                                     |
| Infecção pós-parto ou pós aborto                                    | (    ) SIM    (    ) NÃO             | Idade menor que 20 anos                                                          |
| DIP (doença inflamatória pélvica) atual ou nos três últimos meses   | (    ) SIM    (    ) NÃO             | Doença cardíaca valvular severa (fibrilação auricular, risco de tromboembolismo) |
| Cervicite purulenta                                                 | (    ) SIM    (    ) NÃO             | Endometriose                                                                     |
| Sangramento sem diagnóstico etiológico                              | (    ) SIM    (    ) NÃO             | História de DIP sem gravidez anterior                                            |
| Tuberculose Pélvica                                                 | (    ) SIM    (    ) NÃO             | Anemia ferropriva, falciforme ou talassemia                                      |
| Antecedente de dois ou mais episódios de DIP                        | (    ) SIM    (    ) NÃO             | Dismenorréia severa                                                              |
| Câncer Cervico uterino, de ovário, de endométrio e coriocarcinoma   | (    ) SIM    (    ) NÃO             | Pós-parto e aborto de segundo trimestre (Inserção antes de completar 48 hs)      |
| Alterações anatômicas uterinas que impeçam o correto posicionamento | (    ) SIM    (    ) NÃO             | Miomas ou alterações anatômicas que não distorçam a cavidade uterina             |
| <b>CONTRA INDICAÇÕES RELATIVAS</b>                                  |                                      | Vaginite sem cervicite                                                           |
| Sangramento menstrual aumentado                                     | (    ) SIM    (    ) NÃO             | <b>OBS: Este anexo e a guia SADT, deverão estar corretamente preenchidos.</b>    |
| Risco aumentado de DST                                              | (    ) SIM    (    ) NÃO             |                                                                                  |
| AIDS                                                                | (    ) SIM    (    ) NÃO             |                                                                                  |
| Doença trofoblástica benigna                                        | (    ) SIM    (    ) NÃO             |                                                                                  |
| Assinatura e Carimbo Médico solicitante:                            |                                      |                                                                                  |