

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO
DE COLOCAÇÃO DO DIU HORMONAL



PACIENTE/DECLARANTE

Nome: _____

Idade: _____

Endereço: _____

Tel.:() _____

Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Emissão: _____

CPF: _____

DECLARO

Que o Doutor

Nome: _____

CRM nº: _____

Instituição: _____

Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de: _____

em minha pessoa, é conveniente e indicado proceder COLOCAÇÃO DO **DIU HORMONAL**, SEGUINDO AS ORIENTAÇÕES E INDICAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

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 cooperado da UNIMED DIVINÓPOLIS ou do SISTEMA UNIMED.

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.

Tenho conhecimento que, embora, o método do Dispositivo Intra Uterino seja efetivo no planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha na ordem de 0,6% a 0,8% para cada 100 mulheres.

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 sendo, e após ter lido ou escutado a leitura desse documento, ainda me foi esclarecido que:

1. Declaro que estou ciente dos efeitos colaterais ou complicações comuns como: alteração no ciclo menstrual; sangramento menstrual prolongado e volumoso, contribuindo para anemia; cólicas severas ou dor até cinco dias após a inserção; perfuração da parede do útero; não previne contra doenças sexualmente transmissíveis; não protege contra a gravidez ectópica com a mesma eficácia.
2. Declaro que tenho ciência, da existência e disponibilidade, de todos os métodos de contracepção (meios de evitar filhos), seus efeitos colaterais, assim com a margem de falha de cada um deles.
3. Caso durante o procedimento, o médico assistente tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar referidas condições.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram, tendo recebido todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas de tratamento.

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).

Por tais razões e nestas condições **CONSINTO** que realize a **COLOCAÇÃO DO DIU HORMONAL** proposta.

Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Recebi, nesta data, cópia da Lei 9263 de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e da outras providências.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Paciente

Assinatura do responsável legal e CPF

Assinatura e carimbo médico