**Deve ser totalmente preenchido e encaminhado para autorização prévia.**

Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico Assistente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Critérios recomendados para inclusão |

1. Necessidade de contracepção em paciente portadora de endometriose confirmada com exame anátomo-patológico, após tratamento inicial com fármaco indutor de amenorréia (Zoladex, Lupron, Neo-Decapeptyl, Synarel, Depo-Provera, Cerazette ou similar)

( ) Não ( ) Sim

1. Necessidade de contracepção em paciente portadora de adenomiose (quadro clínico de dismenorréia secundária acrescido de diagnóstico por imagem: ultrasonografia com Doppler Color ou RM da pelve)

( ) Não ( ) Sim

1. Necessidade de contracepção em paciente com história clínica de hipermenorragia idiopática (diagnóstico por imagem sem diagnóstico etiológico) e anemia de repetição

( ) Não ( ) Sim

1. Alternativa contraceptiva temporária para pacientes que tenham experimentado todos os demais métodos contraceptivos, sem apresentar adaptação. O médico cooperado solicitante deverá relacionar:
2. Todos os métodos contraceptivos experimentados anteriormente: ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
3. Tempo de uso de cada método contraceptivo: ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
4. Efeitos colaterais apresentados: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ ....................................................................................................................................................................

|  |
| --- |
| Critérios para Exclusão – Contra-indicação absoluta |

1. Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 3 meses ( ) Não ( ) Sim

2. Cervicites por Chlamýdia, Micoplasma, Ureaplasma ou Neisseria ( ) Não ( ) Sim

3. Aborto infectado nos últimos 3 meses ( ) Não ( ) Sim

4. Sangramento genital sem diagnóstico etiológico estabelecido ( ) Não ( ) Sim

5. Tuberculose pélvica ( ) Não ( ) Sim

6. Antecedentes de Doença Inflamatória Pélvica por duas ou mais vezes ( ) Não ( ) Sim

7. Câncer cérvico-uterino, do endométrio, do ovário ou coriocarcinoma ( ) Não ( ) Sim

8. Alterações anatômicas do útero que impeçam uma correta posição do DIU ( ) Não ( ) Sim

9. Pós-parto imediato (entre 3 e 28 dias) ( ) Não ( ) Sim

10. Portadoras do vírus HIV ( ) Não ( ) Sim

11. Doença trofoblástica benigna ( ) Não ( ) Sim

12. Portadoras do câncer de mama ( ) Não ( ) Sim

13. Portadoras de displasia cervical ( ) Não ( ) Sim

14. Existência de contracepção definitiva num dos cônjuges, a saber,

laqueadura ou vasectomia ( ) Não ( ) Sim

|  |
| --- |
| Critérios para Exclusão – Contra-indicação relativa |

15. Idade inferior a 20 anos ( ) Não ( ) Sim

16. Nuliparidade ( ) Não ( ) Sim

17. Presença de miomas uterinos ( ) Não ( ) Sim

18. Presença de doença cardíaca valvular complicada (fibrilação atrial), pelo

risco de tromboembolismo ( ) Não ( ) Sim

**OBSERVAÇÃO:**

**- Estes critérios para exclusão do fornecimento de DIU HORMONAL são embasados em conhecimentos recentemente publicados e aceitos pela comunidade científica, podendo estar sujeitos a mudanças conforme o surgimento de novos dados ou diretrizes fornecidas em medicina baseada em evidência.**

**- O fornecimento de dispositivo intra-uterino hormonal (Mirena) ocorrerá após preenchimento deste protocolo por médico cooperado, não estando presentes nenhuma das contra-indicações absolutas. Se estiverem presentes alguma das contra-indicações relativas, a liberação do referido dispositivo deverá ter acordo de pelo menos mais um médico cooperado ginecologista, além do solicitante.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Médico Assistente  Carimbo e Assinatura |  | Segundo Médico Ginecologista  Carimbo e Assinatura |