**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:

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ ....................................................................................................................................................................

1. 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 de displasia cervical ( ) Não ( ) Sim

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

laqueadura ou vasectomia ( ) Não ( ) Sim

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

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

15. Nuliparidade ( ) Não ( ) Sim

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

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

risco de tromboembolismo ( ) Não ( ) Sim

**OBSERVAÇÃO:**

**- Estes critérios para exclusão do fornecimento de DIU NÃO-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.**

|  |
| --- |
| Médico AssistenteCarimbo e Assinatura |