

## PROTOCOLO TÉCNICO PARA AUTORIZAÇÃO DE IMPLANTE DE DIU HORMONAL (MIRENA)

Este documento deve ser totalmente preenchido e encaminhado para autorização prévia.

<b>BENEFICIÁRIA</b>		<b>IDADE</b>	
<b>Nº DO CARTÃO DA UNIMED</b>			
<b>MEDICO SOLICITANTE</b>		<b>CRM</b>	

### CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO

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

Sim       Não

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) anexar laudo.

Sim       Não

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

Sim       Não

Alternativa contraceptiva temporária para pacientes que tenham experimentado **todos os demais métodos contraceptivos**, sem apresentar adaptação. O médico cooperado solicitante deverá relacionar todos os métodos contraceptivos experimentados anteriormente:

Método		Tempo de Uso		Efeito Colateral	
Método		Tempo de Uso		Efeito Colateral	
Método		Tempo de Uso		Efeito Colateral	
Método		Tempo de Uso		Efeito Colateral	
Método		Tempo de Uso		Efeito Colateral	
Método		Tempo de Uso		Efeito Colateral	

**CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO - CONTRA INDICAÇÃO ABSOLUTA**

Aborto infectado nos últimos 3 meses	SIM ( )	NÃO ( )
Alterações anatômicas do útero que impeçam uma correta posição do DIU	SIM ( )	NÃO ( )
Antecedentes de Doença Infilmataória Pélvica por duas ou mais vezes	SIM ( )	NÃO ( )
Câncer cérvico-uterino, do endométrio, do ovário ou coriocarcinoma	SIM ( )	NÃO ( )
Cervicites por Chlamydia, Micoplasma, Ureaplasma ou Neisseria	SIM ( )	NÃO ( )
Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 3 meses	SIM ( )	NÃO ( )
Doença hepática aguda ou tumor hepático	SIM ( )	NÃO ( )
Doença trofoblástica benigna	SIM ( )	NÃO ( )
Endometrite pós-parto	SIM ( )	NÃO ( )
Existência de contracepção definitiva num dos cônjuges, a saber, laqueadura ou vasectomia	SIM ( )	NÃO ( )
Portadoras de câncer de mama	SIM ( )	NÃO ( )
Portadoras de displasia cervical	SIM ( )	NÃO ( )
Portadoras do vírus HIV	SIM ( )	NÃO ( )
Pós-parto imediato (entre 3 e 28 dias)	SIM ( )	NÃO ( )
Sangramento genital sem diagnóstico etiológico estabelecido	SIM ( )	NÃO ( )
Tuberculose pélvica	SIM ( )	NÃO ( )

**CONTRA INDICAÇÃO RELATIVA**

Cefaléia excepcionalmente intensa	SIM ( )	NÃO ( )
Enxaqueca focal com perda de visão assimétrica ou outros sintomas indicativos de isquemia cerebral transitória	SIM ( )	NÃO ( )
Idade inferior a 20 anos	SIM ( )	NÃO ( )
Nuliparidade	SIM ( )	NÃO ( )
Pacientes na menopausa	SIM ( )	NÃO ( )
Pré-menopausa (avaliação médica da necessidade de método em paciente com idade superior a 45 anos)	SIM ( )	NÃO ( )
Presença de doença cardíaca valvular complicada (fibrilação atrial), pelo risco de tromboembolismo	SIM ( )	NÃO ( )
Presença de miomas uterinos	SIM ( )	NÃO ( )
Tromboembolismo ou risco aumentado para este	SIM ( )	NÃO ( )

**OBSERVAÇÕES**

- a) 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.
- b) A presença de qualquer critério acima descrito evidencia contra-indicação absoluta para uso do medicamento.
- c) O fornecimento de dispositivo intra-uterino hormonal (Mirena) ocorrerá após preenchimento de formulário “Protocolo Técnico para Autorização de DIU hormonal (Mirena)” 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.
- d) Conforme Resolução Normativa – RN 192 de 27 de maio de 2009, que dispõe sobre a cobertura aos atendimentos nos casos de planejamento familiar e dá outras providências, o Endoceptivo Mirena será liberado somente nos casos onde a anticoncepção se faça necessária. Somente o médico assistente (ginecologista) está apto para indicar, contra indicar e inserir o dispositivo (endoceptivo).
- e) O médico assistente e a paciente assinarão um termo que comprove que a paciente e/ou parceiro não tenham método anticoncepcional cirúrgico (laqueadura e/ou vasectomia). Este documento depois de preenchido e assinado ficará arquivado na sede da Unimed.
- f) O médico assistente deverá assinar um termo mencionando que o Endoceptivo (Mirena) foi inserido na paciente para a qual foi solicitado.
- g) A Unimed liberará apenas um Mirena (Endoceptivo) por beneficiário, no período de 5 (cinco) anos contados da data de inserção. Nos casos de expulsão espontânea ou remoção do endoceptivo não haverá nova cobertura dentro do prazo acima estipulado.
- h) O Mirena será entregue diretamente no consultório do médico assistente (ginecologista), depois de preenchido o termo com os dados da paciente e a assinatura de ambos (paciente e médico)
- i) A remoção do Endoceptivo fica a critério do médico e da beneficiária do método (ver item g).
- j) Pedimos aos colegas criteriosa indicação do método.

\_\_\_\_\_  
**Médico Assistente**  
**Carimbo e assinatura**

\_\_\_\_\_  
**Médico Auditor Unimed Cascavel**  
**Carimbo e assinatura**

**TERMO DE SOLICITAÇÃO E CONSENTIMENTO DA INSERÇÃO DO ENDOCEPTIVO  
(MIRENA)**

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, (estado marital) \_\_\_\_\_, identidade nº \_\_\_\_\_, inscrita no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente na Rua \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, declaro ser meu desejo me submeter à inserção do Endoceptivo (Mirena). Fui informada de forma clara que:

a) a inserção do Mirena trata-se de método anticonceptivo, cuja colocação e retirada são realizadas no consultório do médico assistente, da especialidade de Ginecologia;

b) que o prazo de validade do Endoceptivo é de 5 (cinco) anos, contados da data da colocação;

c) que a Unimed liberará apenas um Mirena a cada 5 (cinco) anos;

c.1.) que no caso de expulsão do mesmo, espontânea ou não, não terei cobertura para o procedimento e para o endoceptivo, pelo período de 5 (cinco) anos contados da data de sua inserção;

c.2) que no caso de optar pela retirada do endoceptivo não terei cobertura para o procedimento e para o endoceptivo, pelo período de 5 (cinco) anos contados da data de sua inserção;

d) que, devido ao uso do Mirena, podem ocorrer eventos adversos, tais como: cefaléia, dor no abdômen inferior, dor nas costas, afecções cutâneas, secreção vaginal aumentada, mastalgia, entre outros.

Declaro não ser portadora de laqueadura e/ou meu parceiro ser portador de vasectomia, métodos definitivos de anticoncepção, cuja reversão é muito difícil e deverá ser feita por meio de outra cirurgia.

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, eximindo a Unimed de Cascavel – Pr de todas e quaisquer responsabilidades advindas da minha decisão de colocação/inserção do Endoceptivo.

Cascavel, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura  
Médico Solicitante/Assistente

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura  
Beneficiária e Parceiro

## TERMO DE RESPONSABILIDADE PELA INSERÇÃO DO ENDOCEPTIVO (MIRENA)

Eu, Dr. \_\_\_\_\_, inscrito no CRM sob o nº \_\_\_\_\_, com endereço profissional na Rua \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, declaro que vou inserir o Endoceptivo (Mirena), modelo \_\_\_\_\_, marca \_\_\_\_\_ fornecedor \_\_\_\_\_ recebido da Unimed de Cascavel - PR, autorização de protocolo nº \_\_\_\_\_, na beneficiária \_\_\_\_\_; mediante a sua autorização e concordância.

Cascavel, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome Completo do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_