

TCLE* – INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

*TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
FILIAÇÃO:
DATA:

Eu, acima identificada, declaro que fui informada pela equipe médica quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico de **INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)** ao qual serei submetida, declarando ainda, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, o Dr.(a) , inscrito no CRM sob o n.º a realizar o procedimento acima indicado e todos o que incluem e outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um dispositivo que possui como finalidade o método anticonceptivo, cuja implantação e retirada podem ser realizadas ambulatorialmente ou em consultório do médico.

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL A SER UTILIZADO:

- DIU DE COBRE (NÃO HORMONAL) - () COBRE + PRATA – () MINI
 DIU COBRE / MINI
 DIU MIRENA (HORMONAL)
 DIU KYLEENA (HORMONAL)

Data do procedimento: / /

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES: 1. Infecção / 2. Perfuração uterina / 3. Migração do dispositivo, bem como sobre os possíveis efeitos colaterais como alteração do ciclo menstrual.

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);

3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.

4. **Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

DESCRIÇÃO ANESTÉSICA: Vide termo próprio (TCLE – ANESTESIA E SEDAÇÃO)

DECLARO AINDA QUE:

- 1) Declaro ter sido orientada da necessidade de acompanhamento regular após a implantação do DIU e que o mesmo deve ser trocado no prazo estipulado pelo fabricante, conforme indicação no prazo de 05 anos para o DIU DE COBRE, 05 anos para o DIU MIRENA e 05 anos para o DIU Kyleena.
- 2) 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.
- 3) 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 do endoceptivo.
- 4) Tendo todas as explicações acima completamente entendidas, bem como, esclarecidas todas as minhas dúvidas, declaro estar satisfeita com as informações e que 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 necessárias a sua realização.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Franca, de de

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO MÉDICO ASSISTENTE:

() Afirmo que expliquei todo o procedimento, exames, tratamentos e/ou cirurgias que o paciente acima referido poderá necessitar, sendo que expliquei ao próprio paciente e/ou seu responsável, todos os aspectos sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente/responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

ASSINATURA DO MÉDICO (ASSISTENTE)

NOME DO MÉDICO:

CRM:

Para preenchimento do setor de autorizações:

NÚMERO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO:

TCLE. 23 – 09/10/2023 – APROVAÇÃO: DR. MARCO ANTONIO BENEDETTI FILHO – DIRETOR CLÍNICO