Consentimento Informado
Inclusão de dispositivo intra-uterino (DIU)

Nome da Beneficiária: _____

Identidade: _____

Matrícula: _____

Declaro para os devidos fins, e sob as penas da lei, que eu acima identificada e adiante assinada, fui orientada de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e consequências do implante de **Dispositivo Intra-Uterino (DIU) hormonal e não hormonal** e estou ciente dos requisitos médicos para sua realização.

Declaro ainda que fui orientada sobre os riscos inerentes ao implante de **Dispositivo Intra-Uterino (DIU) hormonal e não hormonal** tais como infecção, perfuração uterina, migração do dispositivo entre outras complicações, bem como sobre os possíveis efeitos colaterais como alteração do ciclo menstrual, sangramento menstrual prolongado e volumoso, sangramento no intervalo entre menstruações e cólicas de maior intensidade.

Declaro, também, estar ciente de que há porcentagens de erros e/ou falhas quanto a esse método contraceptivo que, dependendo do modelo implantado, pode variar de 0,3 a 3,3%, havendo possibilidade de engravidar após sua inclusão, pelo qual, portanto, eximo de qualquer responsabilidade a operadora _____ caso isso venha a ocorrer.

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 de acordo com o modelo, podendo esse prazo variar no intervalo de 3 a 10 anos.

Assim, estando todas as explicações acima completamente entendidas, como também, 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 Intra-Uterino (DIU) hormonal e não hormonal** por mim solicitado, concordando com as condutas médicas necessárias a sua realização.

_____ , _____ de _____ de _____.

_____
Beneficiária