

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)**

Prezada cliente,

Este documento tem por objetivo informar-lhe sobre o procedimento de implante de dispositivo intra-uterino (DIU) escolhido por V. Sa., bem como os riscos que decorrem da técnica a ser utilizada. Seu (sua) médico (a) está a sua disposição para esclarecer as dúvidas.

DADOS DA BENEFICÁRIA

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____

Nº CARTEIRA _____ UNIMED: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

TELEFONE: () _____ E-MAIL: _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____ RG: _____

NOME DO(A) MÉDICO(A): _____

DADOS DO PROCEDIMENTO

| | | |
|----------------------|--|--|
| Tipo: | Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) | |
| Complicações: | - Perfuração uterina - Dor após implante - Gravidez (tópica ou ectópica) - Sangramento excessivo no período menstrual | - Expulsão do DIU - Sangramento excessivo pós-implante - Infecção uterina e de anexos uterinos |

DECLARAÇÃO DA BENEFICIÁRIA

Declaro que em consulta realizada com o (a) médico (a) acima indicado, tomei conhecimento das complicações que podem advir da utilização do dispositivo intra-uterino e mesmo assim reafirmo o interesse em implantá-lo:

- Fui informada sobre os diversos métodos contraceptivos existentes, definitivos e não definitivos, tendo optado pelo uso do DIU: _____.

- Fui informada que o implante de dispositivo intra-uterino não possui cem por cento(100%) de eficácia para a contracepção;

- Fui informada de que, eventualmente, podem ocorrer gestações ectópicas, perfuração uterina e infecções anexiais;

- Estou ciente que o dispositivo intra-uterino a ser implantado tem prazo de eficácia de _____anos, devendo, ao final, ser substituído ou retirado;

- Fui informada das complicações mais frequentes, incluindo maior perda hemorrágica menstrual (a qual pode levar a anemia) e alteração da flora vaginal favorecendo infecções genitais;

- Estou ciente que, como método anticoncepcional, o DIU também apresenta contraindicações não devendo ser utilizado diante da suspeita de gravidez ou gravidez confirmada, suspeitos ou presença de tumores uterinos, em casos de sangramento vaginal sem causa conhecida, nas malformações uterinas e na presença de infecções ginecológicas;

- Estou informada que este formulário não contém todas as complicações e riscos conhecidos ou passíveis de acontecer, mas apenas as mais frequentes;

- Sou sabedora de que o plano de saúde contratado por mim e o médico cooperado, não terá qualquer responsabilidade em caso de falha na utilização do DIU acarretando gravidez.

Declaro por fim, ter entendido todas as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, e esclarecido todas as dúvidas que me ocorreram, estando plenamente satisfeita com as informações recebidas, compreendendo perfeitamente o alcance e riscos deste método contraceptivo. Concordo, expressamente, com a realização do implante de dispositivo intra-uterino (DIU), por mim escolhido como método anticoncepcional.

Assinatura da beneficiária ou responsável

DECLARAÇÃO DO (A) MÉDICO (A) ASSISTENTE

O procedimento descrito, incluindo todos os riscos e complicações foi por mim esclarecido a paciente, ou seu (sua) responsável, antes que este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fosse assinado.

Assinatura e carimbo do médico

_____, _____ de _____ de 20_____.