

 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO          PARA IMPLANTAÇÃO DE DIU HORMONAL</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
NOME DO MÉDICO:
CRM DO MÉDICO:

Eu, acima identificada, na condição de paciente, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, DECLARO que adquiri por conta própria e risco o **Dispositivo Intra-Uterino Hormonal**, o qual possui os seguintes dados de identificação:

---



---



---

#### DECLARO QUE ESTOU CIENTE QUE:

- O DIU hormonal é um endoceptivo, ou seja, um sistema intra-uterino que libera diariamente uma dosagem do hormônio levonogestrel, variável conforme o dispositivo escolhido. O levonogestrel é um hormônio muito usado em contracepção hormonal horal. O DIU hormonal apresenta efeitos progestagênicos na cavidade uterina. O endométrio torna-se insensível ao estradiol circulante, promovendo, assim, um efeito antiproliferativo.
- O DIU hormonal tem sua **eficácia comprovada por um período de 5 anos**, podendo ocorrer variações de tempo, conforme condições do produto. Ao final desse prazo, a paciente deverá buscar a retirada ou substituição do dispositivo.
- São Mecanismos de Ação do DIU hormonal:** Espessamento do Muco Cervical: dificultando a passagem dos espermatozoides através do canal cervical; Alterações endometriais; Inibição da ovulação.
- A Eficácia do DIU hormonal:** É muito raro ocorrer gravidez com o DIU hormonal, **porém isso não é excluído**. A Taxa de Gravidez é de 0,16 por 100 mulheres ano; ou seja, **não é um método contraceptivo 100% infalível**. Portanto, **para uma contracepção ainda mais efetiva, recomenda-se utilizar de modo associado preservativo (camisinha) para evitar uma gravidez inesperada**.
- Indicações para uso do DIU hormonal:** · Contracepção · Menorragia sem causa comprovada · Prevenção da hiperplasia endometrial na Terapia Estrogênica.
- Inserção:** Este endoceptivo deve ser inserido durante período menstrual. No período pós-parto, deverá ser inserido após 6 semanas do parto, com exame BhCg negativo. O dispositivo não deve ser inserido em nulíparas (mulheres que nunca engravidaram).
- Acompanhamento Médico:** A paciente deverá ser submetida a um exame ultrassonográfico em até 72hs pós-inserção. Em caso de impossibilidade da realização do mesmo, a paciente deverá usar preservativo durante a atividade sexual. O retorno deverá ocorrer em 4 semanas. Após este primeiro

 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO          PARA IMPLANTAÇÃO DE DIU HORMONAL</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

controle, a usuária deverá retornar em seis meses. Depois deste período, a cada doze meses. Em caso de dor pélvica, corrimento, dor durante o ato sexual ou qualquer outro problema você deverá retornar imediatamente ao Programa de Planejamento Familiar.

**8. Alterações no Ciclo Menstrual:** O DIU hormonal afetará os ciclos menstruais. A usuária poderá entrar em amenorréia (não menstruar durante seu uso), apresentar apenas um pequeno gotejamento (sem período determinado, sem regularidade, com regularidade), sangramentos mais intensos ou mais leves. O mais comum é que ocorra redução gradual no número de dias de sangramento; bem como no fluxo menstrual a cada mês de uso.

**9. Retorno à Fertilidade:** Após sua retirada, não há interferência com a fertilidade normal. A usuária poderá engravidar desde o primeiro mês pós-retirada do DIU hormonal, respeitadas as suas condições pessoais.

**10. O DIU hormonal não previne Doenças Sexualmente Transmissíveis.** A usuária ou o seu parceiro deverão sempre usar preservativos para esta finalidade.

**11.** Caso seja usuária de medicações anticonvulsivantes ou de rifampicina, devo comunicar previamente a equipe médica.

**12.** Fui orientada de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e consequências do implante de Dispositivo Intra-Uterino (DIU) hormonal, pelo médico acima identificado, antes da realização do implante nas dependências do Hospital Bruno Born.

**13.** Concordo que o Hospital Bruno Born e o médico em questão não possuem qualquer responsabilidade quanto ao DIU que adquiri pessoalmente, pois fiz isso por conta própria e risco, não havendo, por isso, qualquer tipo de garantia, por parte do hospital e do médico, quanto à eficácia e segurança do DIU utilizado, visto que nenhum destes escolheu, adquiriu ou disponibilizou o DIU em questão.

**14.** Declaro, sob as penas da lei, que:

- a) em consulta realizada com o(a) médico(a) acima indicado, tomei conhecimento das complicações que podem advir da utilização do DIU e mesmo assim reafirmo o interesse em implantá-lo;
- b) o DIU foi adquirido por mim conforme minha decisão sobre os produtos disponíveis no mercado;
- c) fui informada sobre os diversos métodos contraceptivos existentes, definitivos e não definitivos, tendo optado pelo uso do DIU;
- d) fui informada que o implante de DIU não possui cem por cento (100%) de eficácia para a contracepção;
- e) fui informada de que, eventualmente, podem ocorrer complicações, sendo mais frequentes: sangramentos anormais, gestações ectópicas (fora do útero), perfuração do útero, falso trajeto, infecções na pelve, maior perda de sangue menstrual (a qual pode levar à anemia) e alterações na flora vaginal (o que favorece a ocorrência de infecções genitais);
- f) estou ciente que o DIU a ser implantado tem prazo de eficácia de 5 anos, devendo, ao final, ser substituído ou retirado;

 <p><b>HOSPITAL</b> <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida</p>	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA IMPLANTAÇÃO DE DIU HORMONAL</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

**g)** estou ciente que, como método anticoncepcional, o DIU possui contra-indicações para seu uso: doença inflamatória pélvica atual ou recorrente; suspeita ou diagnóstico de gravidez; anomalia uterina congênita ou adquirida (incluindo leiomioma – tumor benigno, quando este causar deformação do útero); condições associadas a aumento da suscetibilidade a infecções; doenças trofoblásticas (na placenta) em atividade; doença hepática (do fígado) aguda ou tumor hepático; portadoras de displasia cervical (alteração das células do útero) em tratamento; hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes do DIU; aborto infectado nos últimos 3 meses; sangramento genital sem causa definida; tumor maligno no útero; tumores dependentes da progesterona; parto recente (até 28 dias);

**h)** estou ciente de que o hospital ou médico não terá qualquer responsabilidade em caso de falha na utilização do DIU que resulte em gravidez.

**14.** Assumo com exclusividade e por inteiro a responsabilidade por prejuízos ou danos decorrentes de complicações à minha saúde, ou de efeitos adversos ou inesperados, gerados pelo DIU que adquiri, isentando de culpa o médico e o hospital de qualquer pedido de indenização civil quanto a isso.

Por todo o exposto, declaro que estou de acordo com as condições e com as informações acima, em razão do que AUTORIZO expressamente a realização do implante do DIU hormonal, assumindo os riscos inerentes ao procedimento. Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Lajeado, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura da Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável pela Paciente**  
Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a): \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

\_\_\_\_\_  
**Médico(a) – Assinatura**