



Dra. Lilian Aragão

CRM-52.81979-4

Ginecologista e Obstetra
Cirurgia Minimamente Invasiva e Uroginecologia
Histeroscopia

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) HORMONAL OU NÃO-HORMONAL

Este documento tem por objetivo informar-lhe sobre o procedimento de inserção de dispositivo intra-uterino (DIU) escolhido pela Sra., bem como os riscos que decorrem da técnica a ser utilizada. O médico assistente está a sua disposição para esclarecer as dúvidas. O momento é agora, antes da realização do procedimento.

Eu, _____
abaixo assinado, declaro que após orientações da **Dra. Lilian de Carvalho Aragão** sobre métodos contraceptivos, optei pelo método disponível: Dispositivo Intra Uterino (DIU).

Declaro, sob as penas da lei, que:

- Fui orientada de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e conseqüências do implante de Dispositivo Intra-Uterino (DIU) e estou ciente dos requisitos médicos para sua realização;
- Fui informada sobre os diversos métodos contraceptivos existentes, definitivos e não definitivos, tendo optado pelo uso do DIU;
- Fui informada que a inserção de dispositivo intra-uterino não possui cem por cento (100%) de eficácia para a contracepção;
- Fui informada das complicações mais freqüentes:
 - perfuração uterina,
 - expulsão do DIU,
 - dor pós inserção,
 - migração do DIU,
 - sangramento excessivo pós implante,
 - sangramento excessivo no período menstrual,
 - infecção uterina e de anexos uterinos,
 - gravidez (tópica ou ectópica)
- Fui orientada sobre os possíveis efeitos colaterais do DIU hormonal que são, sangramento no intervalo entre menstruações, mastalgia, retenção hídrica, náuseas e vômitos, entre outros.
- Fui informada que posso desistir de realizar o procedimento em epígrafe a qualquer momento, sem necessidade de apresentar qualquer explicação, podendo neste caso optar por outros métodos contraceptivos.
- Estou ciente que, como método anticoncepcional, o DIU também apresenta contra-indicações, não devendo ser utilizado diante da



Dra. Lilian Aragão

CRM-52.81979-4

Ginecologista e Obstetra
Cirurgia Minimamente Invasiva e Uroginecologia
Histeroscopia

suspeita de gravidez ou gravidez confirmada, suspeitas ou presença de tumores uterinos, em casos de sangramento vaginal sem causa conhecida, nas más formações 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 os mais freqüentes;

· Sou sabedora de que o médico responsável pela inserção não terão qualquer responsabilidade em caso de falha na utilização do DIU acarretando gravidez, pois o método, dependendo do modelo implantado, possui uma porcentagem de erros e/ou falhas podem variar de 0,3 a 3,3%.

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 05 (cinco) a 10 (dez) anos. Todas estas etapas de acompanhamento, necessidade de reposicionamento ou retirada do dispositivo intrauterino não contemplam o valor da inserção.

Diante do exposto acima, declara estar plenamente satisfeita com as informações recebidas e perfeitamente inteirada do alcance e das consequências inerentes à implantação do Dispositivo Intra Uterino- DIU, concordando com o procedimento de inserção do dispositivo.

Assinatura da Usuária ou responsável
RG n.:

Declaração do(a) Médico(a) Assistente:

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

Dra. Lilian de Carvalho Aragão
CRM 5281979-4

Rio de Janeiro , ____ de _____ de ____.