

Termo de Ciência e Consentimento

Implante de Dispositivo Intra-uterino - DIU

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NÃO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Nome Completo/Social: _____ Sexo: _____
Data de nasc.: ____/____/____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____,
declaro que no dia _____ de _____ de 20_____, às _____ : _____ (hh:mm):

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

Implante de DIU - Dispositivo intra-uterino

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informada que o DIU (SIU) é um dispositivo pequeno em forma de T ou Y implantado no útero por um médico. Existem DIUs não hormonais (DIU de Cobre e DIU de Cobre e/ou Prata) e DIU hormonal (DIU Mirena). Os DIUs não hormonais consistem numa haste revestida com os metais citados (prata e/ou cobre). Eles liberam pequenas quantidades desses metais no útero, causando algumas alterações no endométrio (tecido que recobre a parte interna deste órgão), no muco e na motilidade das trompas, tornando a região hostil ao espermatozóide. O DIU hormonal (DIU MIRENA), além de produzir essas mesmas alterações no útero, possui em sua estrutura um reservatório que contém o hormônio progesterona. Esse hormônio é liberado aos poucos, dentro da cavidade uterina, e uma pequena quantidade pode ser absorvida pela corrente sanguínea causando alguns efeitos colaterais (1 a 10% das usuárias) como formação de cistos ovarianos, aumento de oleosidade da pele, acnes e queda de cabelo, porém, a maior concentração hormonal encontra-se dentro da cavidade uterina.

Termo de Ciência e Consentimento

Implante de Dispositivo Intra-uterino - DIU

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Nome Completo/Social: _____ Sexo: _____
Data de nasc.: ____/____/____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Compreendi que a efetividade do DIU como método contraceptivo não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha (0,2 a 0,8%) que independe do paciente ou médico, logo, há possibilidade de ocorrência de gravidez com o uso deste método e ela é menor que 1%.

Os relatórios médicos existentes indicam que quando as pacientes portadoras de DIU engravidam existe uma ocorrência maior de gravidez ectópica – gestação nas trompas (0,5 a 1%), de aborto séptico, isto é, com infecção associada (<0,5%), às vezes associado à septicemia (isto é, infecção no sangue), ao choque séptico e até à morte.

Estou ciente de que todo procedimento médico associa-se a alguns riscos. Poderá ocorrer penetração parcial ou total do DIU na parede do útero ocasionando perfuração do útero (0,2%) e eventualmente migração do dispositivo para o abdômen com necessidade de cirurgia. Entendo também que após a colocação do DIU, poderão ocorrer cólicas e (ou) dores abdominais, associadas ou não a sangramentos e que o DIU que contem cobre poderá desenvolver uma reação cutânea alérgica do tipo urticária, sendo necessária sua remoção.

Os dispositivos intrauterinos têm prazo de validade (DIU Cobre – 10 anos, DIU Cobre/Prata – 5 anos e DIU Mirena – 5 anos) e após este período um novo DIU deverá ser implantado para manutenção da contracepção.

O implante do DIU pode ser realizado em qualquer fase do ciclo menstrual, desde que seja excluída a possibilidade de uma gestação em curso. É necessária a presença de um acompanhante, pois algumas pacientes podem cursar com cólicas e tonturas após o procedimento. Após a inserção, é importante a realização da ultrassonografia transvaginal para documentar o correto posicionamento do dispositivo.

Também fui informada sobre a existência de outros métodos contraceptivos não definitivos como preservativos masculinos e femininos (camisinhas), medicamentos hormonais anticoncepcionais (pílulas, injeção, anel e implante), alguns com taxas de falha maior que os DIUs e definitivos, como vasectomia e laqueadura tubária.

Termo de Ciência e Consentimento

Implante de Dispositivo Intra-uterino - DIU

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Nome Completo/Social: _____ Sexo: _____
Data de nasc.: ____/____/____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação.

Autorizo a realização de filmagens / fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

Termo de Ciência e Consentimento

Implante de Dispositivo Intra-uterino - DIU

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Nome Completo/Social: _____ Sexo: _____
Data de nasc.: ____/____/____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____