

<p style="text-align: center;">Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para colocação do DIU Levonorgestrel</p>
--

Nome da Usuária (ou representante legal): _____

Idade: _____ Endereço: _____ Fone: _____

CIC ou RG: (se tiver): _____

Cartão SUS: _____

Fui informada pelo Profissional de Saúde que:

1. Você está colocando um dispositivo intrauterino hormonal (DIU-LNG) MIRENA, contraceptivo de longa duração, é um sistema intrauterino, liberando pequenas doses diárias do progestágeno (20ug) hormonal diretamente no útero, apenas uma pequena quantidade de hormônio é absorvido no resto do corpo
1. A taxa de insucesso no primeiro ano de uso é 0,2% e após cinco anos é de 0,7%.
2. O (DIU-LNG) **não** protege contra infecção por HIV ou qualquer outra doença sexualmente transmissível, sendo que para tanto é necessário usar também camisinha masculina ou feminina.
3. Será realizada avaliação clínica pelo médico responsável para afastar possíveis contra indicações para o uso do DIU. A colocação do DIU só será realizada quando houver certeza de ausência de gestação: paciente menstruada ou com B-HCG (-) com data menor do que 15 dias,
4. As seguintes situações são contraindicações ao uso do DIU: Ocorrência ou suspeita de gravidez, sangramento vaginal anormal que não foi investigado, ocorrência ou suspeita de câncer do útero, ocorrência ou suspeita de câncer de mama, anormalidades celulares no colo do útero, anormalidades do colo do útero ou do útero, incluindo leiomiomas, se estes causarem deformação da cavidade uterina, doença inflamatória pélvica atual ou recorrente nos últimos três meses ,condições associadas com aumento de suscetibilidade a infecções, como ter tido uma DST, como a clamídia ou gonorreia nos últimos três meses, infecção do útero após parto ou aborto nos últimos 3 meses, infecção do colo do útero , presença de doença hepática grave ou tumor hepático, tumores que dependem do progestágeno para se desenvolver, hipersensibilidade ao medicamento ou a qualquer constituinte do produto. Paciente com CD4 menor que 200 cels/mm³ ou infecção oportunista em atividade;
5. Alguns efeitos adversos podem ocorrer tais como: sangramentos irregulares e manchas de sangue ("spotting"); amenorréia,dor pélvica ou abdominal, dores de cabeça, mastalgia, mudanças na pele (acne) desenvolvimento de cistos nos ovários que, em geral, são resolvidos sem tratamento (9)
6. Como qualquer procedimento médico, a colocação do DIU de levonorgestrel não esta isenta de complicações. De forma excepcional podem ocorrer perfuração uterina, gravidez ectópica, hemorragias e infecções.

7. Para diminuir a possibilidade de complicações e ineficácia do método, é muito importante que sejam seguidas as orientações dos profissionais de saúde, bem como realizar as revisões periódicas. Se ocorrer a presença de sintomas como hemorragias, cólicas intensas, corrimento vaginal amarelado ou febre, o local onde o DIU foi colocado deve ser procurado ou a emergência ginecológica.
8. O padrão menstrual que poderá ocorrer com o uso do DIU varia de mulher para mulher sendo de difícil previsão, algumas usuárias ficam em amenorréia (ausência de sangramento) ou sangramento infrequente, e em alguns casos não ocorre alteração do fluxo menstrual (sangramento normal também pode ocorrer), em um número menor de usuárias um aumento no fluxo menstrual (sangramentos prolongados) e sangramentos freqüentes e irregulares. Estes padrões de sangramento são normais e não representa ineficácia do método.
9. O DIU pode ser removido a qualquer momento por profissional capacitado, por desejo da usuária ou indicação médica.

Entendi as explicações que foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram, e a qualquer momento, poderei solicitar a retirada do DIU.

Assim, declaro agora que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo a eficácia e os possíveis riscos deste método contraceptivo.

Por tal razão e nestas condições, consinto que realize a inserção do DIU de levonorgestrel proposto.

Local e data: _____, ____/____/____

Data da Retirada: ____/____/____

Médico Responsável

Paciente ou representante legal

