

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para colocação do Implante Subdérmico

Nome da Usuária (ou representante legal): _____

Idade: _____ Endereço: _____ Fone: _____

CIC ou RG: (se tiver): _____

Cartão SUS: _____

Fui informada pelo Profissional de Saúde que:

1. O Implante subdérmico de etonogestrel é um método contraceptivo.
2. O índice de falha, em 3 anos, é menor que 0,05.
3. Uma pequena quantidade de progestagênio etonogestrel (um tipo de hormônio feminino) é liberada continuamente, passando do implante para o corpo, resultando em um efeito anticoncepcional por um período de 3 anos.
4. O Implante subdérmico de etonogestrel **não** protege contra infecção por HIV ou qualquer outra doença sexualmente transmissível, sendo que para tanto é necessário usar também camisinha masculina ou feminina.
5. Será realizada avaliação clínica pelo médico responsável para afastar possíveis contra indicações para o uso do método. A colocação do Implante só será realizada quando houver certeza de ausência de gestação: paciente menstruada ou com B-HCG (-) com data menor do que 15 dias ou até 28 dias pós-parto.
6. Em alguns casos no procedimento de inserção e/ou retirada pode haver formação de cicatriz no local do implante.
7. Alguns efeitos adversos podem ocorrer tais como: alteração do padrão menstrual, espinhas, dor de cabeça, aumento de peso, pequeno deslocamento do implante no braço, etc.
8. O padrão menstrual que poderá ocorrer com o uso do implante varia de mulher para mulher sendo de difícil previsão, mas em média, em 52% dos casos ocorrem amenorréia (ausência de sangramento) ou sangramento infrequente, em 25% dos casos não ocorre alteração do fluxo menstrual (sangramento normal), em 16% ocorre um aumento no fluxo

menstrual (sangramentos prolongados) e em 7% sangramentos freqüentes e irregulares. Este padrão de sangramento é normal e não representa ineficácia do método.

9. O implante pode ser removido a qualquer momento por profissional capacitado, por desejo da usuária ou indicação médica.
10. A inserção ou remoção do implante pode causar irritação leve, dor, equimose e coceira no local.
11. Algumas medicações podem interferir no perfeito funcionamento do implante tais como antiepiléticos, antirretrovirais (em especial o Efavirenz) e remédios para tratar tuberculose. Nestas situações deverá ser utilizado método contraceptivo auxiliar (preservativo).

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 Implante.

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 implante subdérmico contraceptivo proposto.

LOTE: _____

Local e data: _____, ____ / ____ / ____

Data da Retirada: ____ / ____ / ____

Médico Responsável

Paciente ou representante legal