



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Inserção do Implante Subdérmico

Nome da Usuária (ou representante legal): _____

Data de nascimento: : ____/____/____ Endereço: _____

Fone: _____ CPF ou 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 inserção do Implante só será realizada quando houver certeza de ausência de gestação ou quando não houver certeza razoável de ausência de gravidez, recomenda-se a realização do teste rápido de gravidez (teste imunológico de gravidez urinário)
6. Em alguns casos no procedimento de inserção e/ou retirada pode haver formação de cicatriz no local do implante.
7. É necessário evitar atividades traumáticas ou com peso no membro durante 24 horas; podendo ser possível o aparecimento de equimose local após o procedimento; dor ou coceira local.
8. O curativo deve ser mantido seco; protegendo o local no banho
9. O uso de preservativo pois o implante não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST);
10. A prática sexual deve ser protegida durante os 7 (sete) dias após a inserção para os casos em que a inserção ocorreu após o 7º dia do ciclo menstrual para efeitos contraceptivos
11. 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.

12. O padrão menstrual que poderá ocorrer com o uso do implante varia de mulher para mulher sendo de difícil previsão, mas em média, entre as usuárias desse método, 78% apresentam padrão de sangramento favorável: ausência de menstruação ou sangramento infrequente ou normal (sangramento menos de uma vez por mês). Enquanto 22% apresentam padrão desfavorável prolongado (dura 14 dias ou mais no mês) ou frequente (mais do que 1x ao mês). Este padrão de sangramento é normal e não representa ineficácia do método.

13. O implante pode ser removido a qualquer momento por profissional capacitado, por desejo da usuária ou indicação médica.

14. Algumas medicações podem interferir no perfeito funcionamento do implante tais como antiepilépticos, 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: _____

Braço onde foi inserido: _____

Local e data: _____, ____/____/____

Data da Retirada: _____/____/____

Paciente ou representante legal

Profissional de Saúde Responsável