DoctorClin

ANS 34.968-2

Documentação Para Solicitação de DIU à Operadora

- Protocolo Técnico (Preenchido e Assinado pelo Médico Assistente);
- Termo de Consentimento (Preenchido e Assinado pelo Médico Assistente);
- Documento com foto;
- Cartão do Convênio;
- Solicitação Médica e Indicação Clínica.

DoctorClin

ANS 34.968-2

Protocolo Técnico Para Autorização de Implante de DIU Hormonal

Nome da paciente: _____

Matrícula: _____ Idade: _____

Médico Assistente: _____

CRM: _____ Dispositivo Indicado: _____

Unidade Solicitante: _____

Critérios para Inclusão:
• Usuárias com necessidade contraceptiva temporária.

Critérios de Exclusão:
• Tratamento primário da endometriose ou de outras condições não relacionadas à anticoncepção.

Contraindicações		
Miomas submucosos	( ) Sim	( ) Não
Presença de pólipos endometriais	( ) Sim	( ) Não
Doença inflamatória pélvica	( ) Sim	( ) Não
Suspeita ou diagnóstico de gravidez	( ) Sim	( ) Não
Anomalia uterina, com deformidade da cavidade	( ) Sim	( ) Não
Tuberculose pélvica	( ) Sim	( ) Não
Condições associadas com aumento de susceptibilidade a infecções	( ) Sim	( ) Não
Cervicite não tratada	( ) Sim	( ) Não
Doenças trofoblástica gestacional ativa	( ) Sim	( ) Não
Doença hepática aguda ou tumor hepático	( ) Sim	( ) Não
Contracepção definitiva (laqueadura)	( ) Sim	( ) Não
Portadoras de displasia cervical em tratamento	( ) Sim	( ) Não
Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes	( ) Sim	( ) Não
Aborto infectado nos últimos 3 meses	( ) Sim	( ) Não
Sangramento genital sem diagnóstico definido	( ) Sim	( ) Não
Tumor maligno uterino (corporal e/ou cervical)	( ) Sim	( ) Não
Tumores progestágeno-dependentes	( ) Sim	( ) Não
Pós-parto imediato (entre 2 e 28 dias)	( ) Sim	( ) Não

DoctorClin

Os efeitos adversos mais comuns são:	
Expulsão	Dor pélvica ou abdominal
Sangramento	Perfuração uterina
Perfuração uterina	Infecção
Dor nas mamas	Gravidez ectópica
Gravidez tópica	Cefaleia
Acne	Humor depressivo ou outras alterações de humor
Ganho de peso	Náuseas
Edema	Hirsutirmo (crescimento anormal de pelos)

Os sinais de possíveis complicações que devem fazer com que a paciente retorne ao médico são os seguintes:

• Sangramento importante ou dores abdominais nos primeiros três a cinco dias após a inserção: podem indicar uma perfuração no momento da inserção ou ainda a possibilidade de infecção ou deslocamento do DIU;

• Sangramento irregular ou dores em todos os ciclos: podem corresponder a deslocamento ou expulsão parcial do DIU;

• Febre ou calafrios, com ou sem corrimento vaginal: pode indicar a presença de infecção;

• Dor persistente durante as relações: pode se relacionar à infecção, perfuração ou expulsão parcial;

• Atraso menstrual com sintomas de gravidez ou um SIU-LNG em expulsão: podem indicar gravidez intra ou extrauterina, embora sejam raramente observadas;

• Fios do SIU-LNG mais longos ou não visíveis: podem significar que houve deslocamento do dispositivo ou mesmo gestação.

Médico Assistente
(Carimbo e Assinatura)

Paciente

CPF: _____

Data: ____/ ____/ ____

Fonte: Contracepção reversível de longa ação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2016

DoctorClin

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA COLOCAÇÃO DE DIU HORMONAL

Prezado Cliente,

Este documento tem por objetivo informar-lhe sobre o procedimento de implante de dispositivo intra-uterino (DIU Hormonal) escolhido por V. Sa., bem como os riscos que decorrem da técnica a ser utilizada.

Seu(sua) médico(a) está a sua disposição para esclarecer as dúvidas. O momento é agora, antes da realização do procedimento.

Dados e Declaração da Usuária

Nome: _____

Idade: _____

Endereço: _____

Tel: _____ RG: _____

CPF: _____

Estado Civil: Solteira ( ) Casada ( ) União Estável ( ) Viúva ( )

Nome do Médico: _____

CRM: _____

O DIU HORMONAL não deve ser usado na presença de quaisquer das seguintes condições:

- Suspeita ou diagnóstico de gravidez;
- Doença inflamatória pélvica atual ou recorrente;
- Infecção do trato genital inferior;
- Endometrite pós-parto;
- Aborto infectado durante os últimos 3 meses;
- Cervicite;
- Displasia cervical;
- Tumor maligno uterino ou cervical;
- Tumores progestógeno - dependentes;
- Sangramento uterino anormal não-diagnosticado;
- Anomalia uterina congênita ou adquirida, incluindo leiomiomas, quando estes causarem deformação da cavidade uterina;
- Condições associadas com aumento de susceptibilidade a infecções;
- Doença hepática aguda ou tumor hepático;
- Hipersensibilidade a qualquer um dos componentes do produto.

Rubrica da paciente ou responsável

DoctorClin

Declaro, sob as penas da lei, que:

- Em consulta realizada com o(a) médico(a) acima indicado, tomei conhecimento das complicações que podem advir da utilização do dispositivo intra-uterino hormonal e mesmo assim reafirmo o interesse em implantá-lo;
- Fui informada sobre os diversos métodos contraceptivos existentes, definitivos e não definitivos, tendo optado pelo uso do DIU Hormonal;
- Fui informada que o implante de dispositivo intra-uterino hormonal não possui cem por cento (100%) de eficácia para a contracepção;
- Fui informada de que, eventualmente, podem ocorrer gestações ectópicas, perfuração uterina e infecções anexiais;
- Estou ciente que o dispositivo intra-uterino hormonal a ser implantado tem prazo de eficácia de 5 anos, devendo, ao final, ser substituído ou retirado.
- Fui informada das complicações mais frequentes, incluindo maior perda hemorrágica menstrual (a qual pode levar a anemia) e alteração da flora vaginal favorecendo infecções genitais;
- Estou ciente que, como método anticoncepcional, o DIU hormonal também apresenta contra-indicações, não devendo ser utilizado diante da 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 frequentes;
- Sou sabedora de que o plano de saúde contratado por mim não terá qualquer responsabilidade em caso de falha na utilização do DIU hormonal acarretando gravidez.

De posse destes dados, concordo expressamente com a realização do implante de dispositivo intra-uterino (DIU Hormonal), por mim escolhido como método anticoncepcional.

_____

Assinatura da Usuária ou Responsável

_____, _____ de _____ de _____.

(Localidade), (data)

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.

_____

(Assinatura e carimbo do médico)

_____, _____ de _____ de _____.

(Localidade), (data)

Rubrica da paciente ou responsável