



# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

## FORMULÁRIO PARA INSERÇÃO DE DIU

Data da inserção: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**PUERPÉRIO:** ( ) Sim ( ) Não

Se sim:

( ) Parto normal ( ) Parto Cesáreo

( ) Até 10 minutos da retirada da placenta

( ) Entre 10 minutos da retirada da placenta e 72 horas de puerpério

( ) Entre 72 horas e 4 semanas pós parto

**PÓS ABORTO:** ( ) Sim ( ) Não

Se sim:

( ) Completo ( ) Após curetagem

( ) 1º Trimestre

( ) 2º Trimestre

**FORA DO PUERPÉRIO:** ( ) Sim ( ) Não

Beta-hcg: Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

### PROCEDIMENTO:

( ) Sem intercorrência - Fácil introdução

( ) Com intercorrências, especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### EXAME ESPECULAR:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CONDUTA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE INCLUSÃO DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) DE COBRE

Eu, paciente \_\_\_\_\_, nascida em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
portadora do documento de identidade nº \_\_\_\_\_, inscrita no CPF  
nº \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_ anos, telefone (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_.

DECLARO para os devidos fins e sob as penas de lei que eu, acima identificada e adiante assinada, fui orientada de maneira clara e compreensível sob todas as implicações e consequências do implante Dispositivo Intra-Uterino (DIU) de cobre e estou ciente dos requisitos médicos para sua realização.

DECLARO ainda que fui orientada sob os riscos inerentes ao implante Dispositivo Intra-Uterino (DIU) de cobre, tais como infecção, perfuração uterina, migração do dispositivo, entre outras complicações. Bem como sobre os possíveis efeitos colaterais como alteração do ciclo menstrual, sangramento menstrual prolongado e volumoso, sangramento no intervalo entre menstruações e cólicas de maior intensidade.

DECLARO também estar ciente que a porcentagem de erros e/ou falhas do método podem variar entre 0,3 e 3,3%, havendo possibilidade de engravidar após sua inclusão. Pelo qual, portanto, EXIMO de qualquer responsabilidade à equipe do Mário Palmério Hospital Universitário, envolvida na introdução do implante Dispositivo Intra-Uterino (DIU) de cobre.

DECLARO ter sido orientada da necessidade de acompanhamento regular após a implantação do DIU e que o mesmo deve ser trocado no prazo máximo estipulado pelo fabricante: 10 (DEZ) anos.

Assim, estando todas as explicações acima completamente entendidas, como também esclarecidas todas as minhas dúvidas, DECLARO estar satisfeita com as informações e que compreendo o alcance, os riscos e as consequências inerentes do implante Dispositivo Intra-Uterino (DIU) de cobre, por mim solicitado. Concordando com as condutas médicas necessárias para sua realização.

Uberaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura paciente/responsável**

#### PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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.

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e carimbo do médico**