

Termo de Ciência e Consentimento Implante de Diu

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____, declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informada, em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

IMPLANTE DE DIU – DISPOSITIVO INTRA-UTERINO

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informada que o DIU (SIU) é um dispositivo pequeno em forma de T ou Y implantado no útero por um médico. Existem DIUs não hormonais (DIU de Cobre e DIU de Cobre e/ou Prata) e DIU hormonal (DIU Mirena). Os DIUs não hormonais consistem numa haste revestida com os metais citados (Prata e/ou Cobre). Eles liberam pequenas quantidades desses metais no útero, causando algumas alterações no endométrio (tecido que recobre a parte interna deste órgão), no muco e na motilidade das trompas, tornando a região hostil ao espermatozóide. O DIU hormonal (DIU MIRENA), além de produzir essas mesmas alterações no útero, possui em sua estrutura um reservatório que contém o hormônio progesterona. Esse hormônio é liberado aos poucos, dentro da cavidade uterina, e uma pequena quantidade pode ser absorvida pela corrente sanguínea causando alguns efeitos colaterais (1 a 10% das usuárias) como formação de cistos ovarianos, aumento de oleosidade da pele, acnes e queda de cabelo, porém, a maior concentração hormonal encontra-se dentro da cavidade uterina.

Compreendi que a efetividade do DIU como método contraceptivo não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha (0,2 a 0,8%) que independe do paciente ou médico, logo, há possibilidade de ocorrência de gravidez com o uso deste método e ela é menor que 1%.

Os relatórios médicos existentes indicam que quando as pacientes portadoras de DIU engravidam existe uma ocorrência maior de gravidez ectópica – gestação nas trompas (0,5 a 1%), de aborto séptico, isto é, com infecção associada (<0,5%), às vezes associado à septicemia (isto é, infecção no sangue), ao choque séptico e até à morte.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Responsável
Nome: _____ RG: _____
Assinatura: _____ Parentesco _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para a paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)
Nome do médico _____ CRM: _____
Assinatura: _____