

Termo de consentimento informado e esclarecido

Eu, _____ abaixo assinado, declaro que procurei espontaneamente o Dr.(a) _____, para ser submetida a inserção de DIU (dispositivo intra-uterino) com o objetivo precípuo de evitar gravidez.

Declaro ter sido informada claramente antes de realizar o procedimento sobre as indicações, contraindicações, riscos e eventuais complicações pertinentes a este método anticoncepcional, entre os quais se destacam:

a) O DIU é um método de contracepção que consiste em um dispositivo que é inserido no interior do útero pelo médico.

b) Trata-se de um procedimento ambulatorial, através de um orifício natural do colo uterino, sem que haja necessidade de cortes ou suturas, em época apropriadamente definida.

c) O DIU não protege contra infecções por HIV (AIDS) nem contra qualquer outra doença sexualmente transmissível.

d) Alguns medicamentos podem impedir o bom funcionamento do DIU. Este é o caso de medicamentos que deprimem o sistema imunológico (por ex: dados para evitar rejeição de um enxerto após transplante), corticóides e antiinflamatórios não esteróides, incluindo medicamentos para dor como aspirina, alguns antibióticos. Nestes casos, deve-se tomar medidas adicionais de proteção contra a gravidez (por ex: usando preservativo). Caso necessite fazer tratamento com ondas curtas, microondas ou aplicação de calor no baixo abdômen ou costas, informar o fisioterapeuta que usa um DIU contendo cobre.

e) Podem ocorrer algumas reações adversas em casos raros: dor nas pernas, dor lombar, dispaurenia, infecções gênitó-urinárias, secreção vaginal anormal, perfuração do útero, aumento do risco de aborto espontâneo e septicemia, gravidez ectópica, reações alérgicas da pele e urticária.

f) O DIU é um método eficaz contra gravidez intra-uterina (tópica), mas não absoluto. Mesmo usando um DIU, ainda existe uma chance muito pequena de ficar grávida. Ciente das indicações, das contra-indicações, dos riscos e das eventuais complicações, concordei com a inserção do DIU (dispositivo intra-uterino) e assino o presente termo de consentimento, de livre e espontânea vontade, para todos os fins e efeitos de direito.

Curitiba, ___ de _____ de _____

Assinatura da paciente

Código beneficiário _____ RG _____ CPF _____
Endereço: _____ telefone: _____
Cidade _____ CEP: _____