

**FORMULÁRIO**

**TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA E GARANTIA DA  
INSERÇÃO DO DIU NO PÓS-PARTO IMEDIATO**

**CÓDIGO:  
FP.CMED.014**

**REVISÃO: 00**

**PÁGINA:1/2**

Prontuário: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ MOV: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Entrada: \_\_\_\_\_ Ala: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Na Maternidade Municipal Lourdes Nogueira você tem a oportunidade de inserir um DIU de cobre imediatamente após parto ou após abortamento, se assim desejar e não apresentar contraindicações ao procedimento. Você se beneficiará do início da contracepção no período imediatamente após o procedimento com um método contraceptivo de longa duração, com alta efetividade e baixos riscos.

Os DIUs são métodos muito efetivos para prevenir gravidez, mas podem ter falhas e a senhora tem risco de engravidar. O risco de gravidez a cada 1000 mulheres por ano é de 8 mulheres com DIU de cobre comparado com 30 gravidezes com mulheres que usem pílula combinada ou progesterona, 1 mulher que seja laqueada ou que o marido tenha feito vasectomia e 1 a cada 1000 mulheres usuárias de implante poderão engravidar.

O risco de expulsar o DIU é maior após o parto e poderá chegar até em 30%. Para detectar a possível expulsão, você terá um retorno de revisão após 45 dias da inserção para realizar ultrassonografia e exame com o obstetra. Nesse retorno caso haja algum problema com seu DIU outro método contraceptivo será oferecido. O DIU no pós-parto imediato só será inserido após sua assinatura de ciência e concordância.

Declaro que fui orientada e estou ciente dos tópicos abaixo:

- Fui orientada de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e conseqüências do implante de Dispositivo Intrauterino (DIU) e estou ciente dos requisitos médicos para sua realização;
- Fui informada sobre os diversos métodos contraceptivos existentes, definitivos e não definitivos, tendo optado pelo uso do DIU;
- Fui informada que a inserção de dispositivo intrauterino não possui cem por cento (100%) de eficácia para a contracepção;
- Fui informada das complicações mais frequentes: perfuração uterina, expulsão do DIU, dor pós inserção, sangramento excessivo pós implante, sangramento excessivo no período menstrual, infecção uterina e de anexos uterinos, gravidez (tópica ou ectópica);
- Fui informada que posso desistir de realizar o procedimento em epígrafe a qualquer momento, sem necessidade de apresentar qualquer explicação, podendo neste caso optar por outros métodos contraceptivos;
- Estou ciente que, como método anticoncepcional, o DIU também apresenta contraindicações, não devendo ser utilizado diante da suspeita de gravidez ou gravidez confirmada, suspeitas ou presença de tumores uterinos, em

**FORMULÁRIO**

**TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA E GARANTIA DA  
INSERÇÃO DO DIU NO PÓS-PARTO IMEDIATO**

**CÓDIGO:  
FP.CMED.014**

**REVISÃO: 00**

**PÁGINA:2/2**

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 a Secretaria Municipal da Saúde e o médico responsável pela inserção não terão qualquer responsabilidade em caso de falha na utilização do DIU acarretando gravidez.

( ) Ciente, de acordo com a inserção do DIU

( ) Ciente, não desejo a inserção do DIU

Nome do Paciente:

Nome da Mãe:

Data de Nascimento:

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

ARACAJU, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Carimbo:

ARACAJU, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_