

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - INSERÇÃO DE DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO)**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrita no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, declaro que procurei este serviço espontaneamente para ser submetida à inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU), e que fui claramente informada sobre as indicações, contraindicações, riscos e eventuais complicações pertinentes a este método contraceptivo.

Declaro ter sido informada de forma clara sobre os possíveis efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do referido tratamento, e me comprometo a seguir corretamente todas as orientações e cuidados prescritos para o período de pós-tratamento.

**Riscos e eventuais complicações pertinentes a este método contraceptivo:**

- O DIU é um método de contracepção que consiste em um sistema que é inserido no interior do útero pelo médico;
- Trata-se de um procedimento ambulatorial, através de um orifício natural do colo uterino, sem que haja necessidade de cortes ou suturas;
- O DIU não protege contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
- Podem ocorrer reações adversas em casos raros: dor nas pernas, dor lombar, dispaurenia (dor recorrente durante a relação sexual), infecções genito-urinárias, secreção vaginal anormal, perfuração do útero, gravidez ectópica, reações alérgicas da pele e urticaria;
- Pode ocorrer alteração do período e dos sintomas do ciclo menstrual;
- Expulsão do DIU (completa ou parcial) devido a contrações musculares do útero durante a menstruação. Se o DIU estiver mal posicionado a eficácia poderá ser reduzida.
- Tontura e cólicas no momento da inserção;
- O DIU é um método eficaz contra gravidez intrauterina (gestação tópica), mas não absoluto. Mesmo usando um DIU ainda existe uma chance muito pequena de engravidar.

Declaro, igualmente, que os termos técnicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas sobre o procedimento forma esclarecidas.

Declaro, ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado, mesmo que com chances mínimas, pode ter complicações durante sua execução. Se a evolução do quadro de saúde representar riscos à vida, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis e necessários desde já autorizados, visando à preservação da minha saúde e integridade física.

Estou ciente e concordo que a realização do procedimento está condicionada à presença de um acompanhante maior de idade, identificado e responsável pelo meu acompanhamento durante e após a alta hospitalar. O acompanhante deverá permanecer na recepção durante o procedimento e acompanhar a paciente após a alta, conforme orientações médicas e administrativas.

Certifico que li este termo, entendi e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, tendo sido orientada pelo profissional de saúde e sua equipe. Plena deste entendimento, AUTORIZO a realização do procedimento proposto.

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Nome legível da paciente: \_\_\_\_\_

CPF/MF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura paciente

Nome legível do responsável: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

CPF/MF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do(a) médico(a)