

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO IMPLANTE CONTRACEPTIVO
SUBDÉRMICO**

Eu, _____, inscrita no CPF/MF sob nº: _____, declaro que procurei este serviço espontaneamente para ser submetida à inserção do implante contraceptivo subdérmico (IMPLANON), bem como que fui claramente informada sobre as indicações, contraindicações, riscos, efeitos colaterais, intercorrências, anormalidades e possíveis complicações relacionadas a este método contraceptivo, comprometendo-me a seguir corretamente todas as orientações e cuidados prescritos para o período pós-procedimento.

Informações e riscos pertinentes ao Método Contraceptivo IMPLANON:

- O IMPLANON é um método contraceptivo hormonal de longa duração, constituído por um pequeno bastão flexível que é inserido sob a pele do braço pela(o) profissional de saúde habilitado;
- O procedimento é ambulatorial, realizado com anestesia local, por meio de uma pequena inserção na pele, sem necessidade de suturas;
- O IMPLANON não protege contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
- Podem ocorrer efeitos adversos, tais como:
 - alterações no padrão menstrual (sangramentos irregulares, ausência de menstruação, sangramento prolongado);
 - dor, hematoma, inchaço ou infecção no local da aplicação;
 - cefaleia, sensibilidade mamária, alterações de humor, acne, ganho ou perda de peso;
 - raramente, migração ou deslocamento do implante;
 - reações alérgicas locais ou sistêmicas;
- Tontura, ansiedade ou mal-estar podem ocorrer durante ou logo após o procedimento;
- O IMPLANON é um método altamente eficaz contra gravidez, porém, não absoluto, havendo uma chance pequena, mas existente, de falha contraceptiva.

Declaro que todos os termos técnicos foram explicados de forma clara e que todas as minhas dúvidas sobre o procedimento acima indicado foram devidamente esclarecidas.

Declaro, ainda, estar ciente de que o procedimento, mesmo sendo de baixo risco, pode apresentar complicações durante sua execução ou no pós-procedimento. Caso ocorram situações que representem risco à minha saúde ou à minha vida, estou ciente de que poderão

ser adotadas as condutas médicas e hospitalares necessárias, desde já autorizando tais intervenções.

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

Certifico que li, entendi e aceito todas as disposições do presente termo, tendo sido devidamente orientada pela equipe de saúde, autorizando, portanto, a realização do procedimento proposto.

Curitiba, _____ de _____ de 20____. Hora: _____:_____

Paciente ()

Responsável () Nome legível: _____

Assinatura: _____ Grau de parentesco: _____

RG OU CPF: _____

Médico / Carimbo e assinatura: _____