



CONSENTIMENTO INFORMADO PARA DIU

Eu, _____ RG _____ abaixo assinada, declaro para os devidos fins, e sob as penas da lei, que fui orientada de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e consequências do implante de Dispositivo Intra-Uterino (DIU) não hormonal e Dispositivo Uterino (DIU) hormonal e estou ciente dos requisitos médicos para a sua realização.

Declaro ainda que fui orientada sobre os riscos inerentes ao implante de Dispositivo Intra-Uterino (DIU) não hormonal e Dispositivo Uterino (DIU) hormonal tais como infecção, perfuração uterina, migração do dispositivo entre outras complicações, bem como sobre os possíveis efeitos colaterais como alteração do ciclo menstrual prolongado e volumoso, sangramento no intervalo entre menstruações e cólicas de maior intensidade.

Declaro, também estar ciente de que há porcentagens de erros e/ou falhas quanto a esse método contraceptivo que, dependendo do modelo implantado, pode variar de 0,3 a 3,3%, havendo possibilidade de engravidar após sua inclusão, pelo qual, portanto, eximo de qualquer responsabilidade a Unimed Norte Paulista caso isso venha a ocorrer.

Declaro ter sido orientada da necessidade de acompanhamento regular após a implantação do DIU e que o mesmo deve ser trocado no prazo estipulado pela fabricante de acordo com o modelo, podendo esse prazo variar no intervalo de 5 anos.

Assim, estando todas as explicações acima completamente entendidas, como também, esclarecidas todas as minhas dúvidas, declaro estar satisfeita com as informações e que compreendo o alcance, os riscos e as consequências inerentes ao procedimento de implante de Dispositivo Intra-Uterino (DIU) não hormonal e Dispositivo Uterino (DIU) hormonal por mim solicitado, concordando com as condutas médicas necessárias a sua realização.

_____, _____ de _____ de _____. Hora _____: _____

Assinatura do Paciente

Obs.: Após a autorização da Unimed, este termo será encaminhado ao médico para fazer parte do prontuário da paciente.