



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA INSERÇÃO DE IMPLANTE CONTRACEPTIVO DE ETONOGESTREL

Eu, _____, RG: _____, ____ anos de idade, consinto que o Dr. _____, CRM _____ realize em mim o procedimento de inserção de implante contraceptivo de etonogestrel.

Compreendo que o implante contraceptivo é um pequeno tubo de plástico, de cerca de 4 centímetros de comprimento por 2 milímetros de largura contendo um progestagênio (hormônio), chamado etonogestrel e é colocado debaixo da pele do braço que você não escreve (braço não dominante). Quem realiza a colocação é um médico treinado e habilitado para tanto. A ação do implante é contínua por 3 anos e acontece com a liberação do hormônio etonogestrel para o sangue da mulher, e funciona principalmente de dois modos: impede a ovulação e espessa o muco do colo do útero, o que dificulta a passagem dos espermatozoides para o útero.

O implante tem eficácia superior a 99%, igual ou superior a eficácia da laqueadura tubária (5 gravidezes em 10.000 mulheres que usem o implante).

Compreendi ainda que as principais vantagens do implante são:

- É um método prático e de longa duração (3 anos).
- Evita ter que tomar a pílula todos os dias.
- Não interfere com a relação sexual.
- Não interfere com a amamentação.
- Melhora as cólicas menstruais.
- Pode ser usado pelas mulheres que não podem tomar pílulas contendo estrogênio.
- Não diminui a massa óssea (osteoporose).

Também foram a mim apresentadas as desvantagens desse método:

- Irregularidades da menstruação. Na maioria dos casos, há sangramento irregular, podendo haver aumento do fluxo menstrual ou ausência de menstruação. Essas alterações são mais comuns no primeiro ano, sendo que a cada 100 mulheres, 15 podem ter sangramento mais frequente.

- Pode ocorrer algumas alterações da pele, dores de cabeça, enjoos, aumento da sensibilidade mamária e variações do humor (semelhantes às que ocorrem com outros métodos contraceptivos como a pílula).

- Podem aparecer cistos benignos nos ovários, que geralmente não necessitam de tratamento.

Foi informado a mim também que o implante pode ser colocado até 5 dias após o início da sua menstruação (para garantir que não há gravidez). Nas puérperas (mulheres que tiveram parto recente), pode ser colocado imediatamente após o parto a depender do desejo da mulher. É eficaz logo após a colocação.

É colocado na parte interna do braço, debaixo da pele, como se fosse uma injeção. É necessária anestesia no local para inserção do implante. Pode ocorrer



alguma dor, algum inchaço ou hematoma pequeno no local da colocação, mas passa rapidamente.

É removido 3 anos após a sua inserção, ou antes, se a seu pedido. Para a remoção do implante, também é preciso ser aplicada a anestesia.

Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento, antes que seja inserido o implante contraceptivo se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Nome do paciente ou responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou responsável legal: _____

Identidade nº: _____

Local e Data: _____ Hora: _____

Deve ser Preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura: _____ Local e Data: _____ Hora: _____

O termo deve ser rubricado em todas as folhas pela paciente e pelo médico.