

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO



O presente Termo de Consentimento tem o objetivo informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico acima identificado, ao qual será submetido. Assim em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e Recomendação do CFM nº 01/2016, serão lhe prestadas informações claras e adequadas quanto ao procedimento a ser realizado.

Identificação Do Paciente Ou Do Responsável Legal	
Nome:	
Tipo de Documento De Identificação:	Nº:

Eu acima identificado, na condição de paciente do Centro Materno Infantil Med Imagem ou de responsável legal pelo paciente _____, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, _____ anos de idade, consinto que o Dr. _____, CRM _____ realize em mim o procedimento de inserção de dispositivo intrauterino.

Compreendo que o dispositivo intrauterino (DIU) é um dispositivo pequeno em forma de T ou Y implantado no útero por um médico. Existem DIUs não hormonais (DIU de Cobre e DIU de Cobre e/ou Prata) e DIU hormonal (DIU Mirena ou DIU Kyleena). Os DIUs não hormonais consistem numa haste revestida com os metais citados (prata e/ou cobre). Eles liberam pequenas quantidades desses metais no útero, causando algumas alterações no endométrio (tecido que recobre a parte interna deste órgão), no muco e na motilidade das trompas, tornando a região hostil ao espermatozoide. O DIU hormonal (DIU Mirena ou DIU Kyleena), além de produzir essas mesmas alterações no útero, possui em sua estrutura um reservatório que contém o hormônio chamado levonorgestrel, um tipo de progesterona. Esse hormônio é liberado aos poucos, dentro da cavidade uterina, e uma pequena quantidade pode ser absorvida pela corrente sanguínea causando alguns efeitos colaterais (1 a 10% das usuárias) como formação de cistos ovarianos, aumento de oleosidade da pele, acne e queda de cabelo, porém, a maior concentração hormonal encontra-se dentro da cavidade uterina.

Também compreendi que a efetividade do DIU como método contraceptivo não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha (0,2 a 0,8%) que independe do paciente ou médico, logo, há possibilidade de ocorrência de gravidez com o uso deste método e ela é menor que 1%.

Os estudos médicos existentes indicam que quando as pacientes portadoras de DIU engravidam existe uma ocorrência maior de gravidez ectópica – gestação nas trompas (0,5 a 1%), de aborto séptico, isto é, com infecção associada (<0,5%), às vezes associado à septicemia (isto é, infecção no sangue), ao choque séptico e até à morte.

Estou ciente de que todo procedimento médico associa-se a alguns riscos. Poderá ocorrer penetração parcial ou total do DIU na parede do útero ocasionando perfuração do útero (0,2%) e eventualmente migração do dispositivo para o abdômen com necessidade de cirurgia. Entendo também que após a colocação do DIU, poderão ocorrer cólicas e (ou) dores abdominais, associadas ou não a sangramentos e que o DIU que contém cobre poderá desenvolver uma reação cutânea alérgica do tipo urticária, sendo necessária sua remoção.

Os dispositivos intrauterinos têm prazo de validade (DIU Cobre – 10 anos, DIU Cobre/Prata – 5 anos e DIU Mirena e DIU Kyleena – 5 anos) e após este período um novo DIU deverá ser implantado para manutenção da contracepção.

O implante do DIU pode ser realizado em qualquer fase do ciclo menstrual, desde que seja excluída a possibilidade de uma gestação em curso. É necessária a presença de um acompanhante, pois algumas pacientes podem cursar com cólicas e tonturas após o procedimento.

Também fui informada sobre a existência de outros métodos contraceptivos não definitivos como preservativos masculinos e femininos (camisinha), medicamentos hormonais anticoncepcionais (pílulas, injeção, anel e implante), alguns com taxas de falha maior que os DIUs e definitivos, como vasectomia e laqueadura tubária.

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 a inserção do DIU 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.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO



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). 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).

Assinatura do Paciente e/ou Responsável:

Testemunhas (campo a ser preenchido na hipótese de paciente iletrado):

1. _____, CPF: _____.

2. _____, CPF: _____.

Teresina / PI, ____ de _____ de _____.

A ser preenchido pelo médico:

Identificação Do Médico		
Nome:		
CRM:	Tipo:	Nº:

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Carimbo / Assinatura do Médico:

Teresina / PI, ____ de _____ de _____.

i Recomendação do CFM nº 01/2016: "O CFM no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, CONSIDERANDO que o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados; CONSIDERANDO que as informações e os esclarecimentos do médico, na obtenção do consentimento do paciente, são fundamentais para que o processo ocorra livre de influência ou vício; CONSIDERANDO que são necessárias orientações éticas complementares sobre a obtenção do consentimento em situações especiais como emergências, recusa, possibilidade de transtornos psicológicos oriundos da informação, preexistência de transtornos mentais e riscos para a saúde pública; CONSIDERANDO o Princípio Fundamental XXI e os artigos 22, 31 e 34 do Código de Ética Médica; CONSIDERANDO que há insuficiência de orientações sobre quando obter o consentimento e sobre a forma de sua documentação; CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 21 de janeiro de 2015; RECOMENDA Art. 1º Nas decisões sobre assistência à saúde dos pacientes, os médicos devem levar em consideração o documento Consentimento Livre e Esclarecido.