



Este documento deve ser totalmente preenchido pelo médico assistente e encaminhado para autorização prévia.

Beneficiária: _____
Matrícula: _____ Idade: _____
Médico Assistente: _____ CRM: _____

Critérios para Inclusão

Necessidade contraceptiva temporária para pacientes que tenham experimentado todos os demais métodos contraceptivos, sem apresentar adaptação. O médico assistente solicitante deverá relacionar:

- 1) Todos os métodos contraceptivos utilizados anteriormente: _____
- 2) Tempo de uso de cada método contraceptivo: _____
- 3) Efeitos colaterais apresentados: _____

Contraindicações Absolutas

1. Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 3 meses () Sim () Não
2. Cervicites por Chlamydia, Micoplasma, Ureaplasma ou Neisseria () Sim () Não
3. Aborto infectado nos últimos 3 meses () Sim () Não
4. Sangramento genital sem diagnóstico etiológico estabelecido () Sim () Não
5. Tuberculose pélvica () Sim () Não
6. Antecedentes de Doença Inflamatória Pélvica por duas ou mais vezes () Sim () Não
7. Câncer cérvico-uterino, do endométrio, do ovário ou coriocarcinoma () Sim () Não
8. Alterações anatômicas do útero congênita ou adquirida que impeçam uma correta posição do DIU (anomalia uterina congênita – ex.: leiomioma deformando a cavidade) () Sim () Não
9. Pós-parto imediato (entre 3 e 28 dias) () Sim () Não
10. Portadoras de vírus HIV () Sim () Não
11. Doenças trofoblástica benigna () Sim () Não
12. Portadoras de câncer de mama () Sim () Não
13. Portadoras de displasia cervical () Sim () Não
1. Existência de contracepção definitiva () Sim () Não
2. Endometrite pós-parto () Sim () Não
3. Doença hepática aguda ou tumor hepático () Sim () Não

Contraindicações Relativas

1. Idade inferior a 20 anos () Sim () Não
2. Nuliparidade () Sim () Não
3. Presença de miomas uterinos () Sim () Não
4. Presença de doença cardíaca valvular complicada (fibrilação atrial) pelo risco de tromboembolismo () Sim () Não
5. Enxaqueca, enxaqueca focal com perda de visão assimétrica ou outros sintomas indicativos de isquemia cerebral transitória () Sim () Não



- 6.Cefaléia excepcionalmente intensa () Sim () Não
7.Tromboembolismo ou risco aumentado para este () Sim () Não
8.Pacientes em menopausa () Sim () Não
9.Pré-menopausa (avaliação médica da necessidade do método em paciente com idade superior a 45 anos) () Sim () Não

Observações:

- Estes critérios para exclusão do fornecimento de DIU HORMONAL são embasados em conhecimentos recentemente publicados e aceitos pela comunidade científica, podendo estar sujeitos a mudanças conforme o surgimento de novos dados ou diretrizes fornecidas em medicina baseada em evidências.
- A presença de qualquer critério acima descrito evidencia contra indicação absoluta e/ou relativa para uso do medicamento.
- O fornecimento de dispositivo intrauterino hormonal ocorrerá após preenchimento de formulário “Protocolo Técnico para Autorização de DIU hormonal” pelo médico assistente, não estando presentes nenhuma das contra indicações absolutas. **Havendo divergência na indicação do procedimento, a resolução do impasse se dará de acordo com o previsto no inciso V do artigo 4º da Resolução CONSU nº 08/98.**
- Conforme Resolução Normativa – RN Nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, a que dispõe sobre a cobertura aos atendimentos nos casos de planejamento familiar e dão outras providências, o Endoceptivo Hormonal será liberado somente nos casos onde a **anticoncepção se faça necessária.**
- Todas as solicitações feitas no prazo inferior ao período de 5 (cinco) anos, contados da data de inserção, serão analisadas tecnicamente.
- o DIU hormonal somente poderá ser trocado por outro dispositivo após o vencimento do mesmo, conforme prazos estipulados na bula do dispositivo, ou, em casos excepcionais, após análise e aprovação da auditoria;
- O médico assistente deverá assinar um termo mencionando que o Endoceptivo Hormonal foi inserido na paciente para a qual foi solicitado.
- O Endoceptivo Hormonal será entregue diretamente no consultório do médico assistente (ginecologista), depois de preenchido o termo com os dados da paciente e a assinatura de ambos (paciente e médico).
- A remuneração para inserção do Endoceptivo é do porte 4A.
- Pedimos aos colegas criteriosa indicação do método.
- Em anexo acompanha uma descrição do produto elaborada pelo fabricante mencionando as indicações, contra indicações, efeitos adversos e outros. Sugerimos a leitura.

Médico assistente
Carimbo e Assinatura

Auditor Médico Unimed
Carimbo e Assinatura

Segundo Médico Ginecologista
Carimbo e Assinatura



TERMO DE SOLICITAÇÃO E CONSENTIMENTO DA INSERÇÃO DO ENDOCEPTIVO

Eu, _____, _____ anos, (estado marital) _____, identidade nº _____, inscrita no CPF sob o nº _____, residente na Rua _____, na cidade de _____, declaro ser meu desejo me submeter à inserção do Endoceptivo Hormonal.

Fui informada de forma clara que:

- a) a inserção do endoceptivo trata-se de método anticonceptivo, cuja colocação e retirada são realizadas no consultório do médico assistente, da especialidade de Ginecologia;
- b) validade do dispositivo: conforme descrição da bula;
- c) fui informada que o DIU somente poderá ser trocado por outro após o vencimento do mesmo, conforme prazos estipulados na bula do dispositivo, ou, em casos excepcionais, após análise e aprovação da auditoria;
- d) que, devido ao uso do dispositivo hormonal, podem ocorrer eventos adversos, tais como: cefaléia, dor no abdômen inferior, dor nas costas, afecções cutâneas, secreção vaginal aumentada, mastalgia, entre outros.
- e) **fui informada, que o implante de DIU não possui 100% de eficácia para contracepção.** Declaro não ser portadora de laqueadura, método definitivo de anticoncepção, cuja reversão é muito difícil e deverá ser feita por meio de outra cirurgia.

Declaro, ainda, atender as orientações relativas aos cuidados que devo tomar e demais rotinas que deverão ser por mim adotadas após a sua colocação/inserção, eximindo a Unimed Nordeste RS de todas e quaisquer responsabilidades advindas da minha decisão de colocação/inserção do Endoceptivo.

Caxias do Sul, ____ de _____ de 20_____.

Médico Solicitante/Assistente

Beneficiária



TERMO DE RESPONSABILIDADE PELA INSERÇÃO DO ENDOCEPTIVO HORMONAL

Eu, Dr.(a) _____, inscrito no CRM sob o nº _____, com endereço profissional na Rua _____, na cidade de _____, declaro que vou inserir o DIU HORMONAL, recebido da Unimed Nordeste RS, autorização de protocolo nº _____, na beneficiária _____; mediante a sua autorização e concordância.

Caxias do Sul, _____ de _____ de _____.

Dr.(a) _____

CRM nº _____

Protocolo de Entrega	
Destinatário: Dr. Rua Caxias do Sul - RS	
Recebi da Unimed Nordeste RS um Endoceptivo Hormonal, modelo....., marca/fornecedor..... para ser colocado/inserido na beneficiáriaconforme autorização de protocolo	
Data do recebimento:	Horário:
Nome legível do médico (recebedor):	
Assinatura:	
Nº de documento de identificação do médico (recebedor):	



TERMO DE CIÊNCIA DE PRAZO PARA TROCA DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Eu, _____,
_____ (estado civil), inscrita no CPF sob nº _____, identidade
nº _____, residente na Rua _____
_____, na cidade de _____, declaro estar
ciente quanto aos prazos para troca de Dispositivo Intrauterino conforme abaixo descrito.

A UNIMED NORDESTE RS dá cobertura total as despesas de DIU e sua colocação, sem ônus ao beneficiário, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

O tipo de DIU a ser utilizado é de livre escolha do beneficiário após orientação do(a) seu(ua) médico(a) assistente não havendo qualquer intervenção da UNIMED NORDESTE RS quanto a escolha do mesmo.

Através deste, a Beneficiária acima qualificada, declara estar ciente de que a colocação de novo DIU apenas poderá ocorrer após o vencimento do mesmo, conforme os prazos estipulados na bula do dispositivo escolhido, **não havendo cobertura para colocação de novo dispositivo intrauterino em caso de retirada voluntária** do mesmo. Casos excepcionais de troca serão cobertos pela operadora, mas dependerão de análise e aprovação pela auditoria da Unimed Nordeste RS.

_____, ____ de _____ de 20____.

Beneficiária