



TERMO DE SOLICITAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO DA INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO NÃO HORMONAL (DIU NÃO HORMONAL)

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 Dispositivo intrauterino não hormonal (DIU não hormonal).

Fui informada de forma clara pelo(a) meu(minha) médico(a) assistente que:

- a) a inserção do DIU não hormonal, trata-se de método anticonceptivo, cuja colocação e retirada são realizadas no consultório do médico assistente, da especialidade de Ginecologia;
- b) que o prazo de validade do DIU não hormonal é de 5 (cinco) anos, contados da data da colocação;
- c) que na colocação do DIU não hormonal podem ocorrer eventos adversos, tais como: dor a inserção, perfuração uterina, dificuldades técnica, risco de expulsão e inflamação, entre outros;
- d) fui informada, que o implante de DIU não hormonal não possui 100% de eficácia para contraceção e que podem ocorrer aumento do fluxo menstrual e dismenorreia;**

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 colocação/inserção do DIU não hormonal, eximindo a Unimed Nordeste RS de todas e quaisquer responsabilidades advindas da minha decisão de colocação/inserção do DIU não hormonal.

Caxias do Sul, _____ de _____ de 20_____.

Médico(a) Solicitante/Assistente

Beneficiária



Termo – AST
Termo de Solicitação e Consentimento
Informado – DIU não hormonal



TERMO DE RESPONSABILIDADE PELA INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO NÃO HORMONAL (DIU NÃO HORMONAL)

Eu, Dr.(a) _____, inscrito no CRM sob o nº _____, com endereço profissional na Rua _____, na cidade de _____, declaro que vou inserir o DIU NÃO 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 _____

.



Termo – AST
Termo de Solicitação e Consentimento
Informado – DIU não hormonal



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