

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para inserção de DIU

v.3 25/08/2025

Eu _____ afirmo que estou participando do programa de saúde sexual e reprodutiva da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, na Unidade Municipal de Saúde _____, declaro que fui informada sobre as indicações, contraindicações, índices de falhas e eficácia dos métodos anticoncepcionais recomendados pela Organização Mundial da Saúde, disponíveis e liberados para uso neste país.

Após o esclarecimento de todas as dúvidas, escolhi como método o Dispositivo Intrauterino (DIU) e estou ciente que o mesmo é um objeto pequeno de plástico flexível, com revestimento de fios de cobre, a ser inserido no útero através da vagina. **Também compreendi que a efetividade do DIU TCu 380 como método contraceptivo não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha (0,2 a 0,8%) que independe do paciente ou profissional que inseriu o DIU,** (Enfermeiro / Médico) logo, há possibilidade de ocorrência de gravidez com o uso deste método e ela é menor que 1%. Em caso de pacientes portadoras de DIU engravidem, existe uma ocorrência maior de gravidez ectópica – gestação nas trompas (0,5 a 1%), de aborto séptico, isto é, com infecção associada.

Estou ciente de que o DIU pode apresentar efeitos colaterais como: **alterações no ciclo menstrual; sangramento menstrual prolongado e volumoso contribuindo para anemia; sangramentos e manchas no intervalo entre as menstruações; cólicas de maior intensidade ou dor durante a menstruação.** Durante o procedimento de inserção pode ocorrer uma sensação de fraqueza e, excepcionalmente, desmaio. **Estou ciente de que todo procedimento invasivo 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. Fui informada que o DIU, às vezes, pode deslocar-se e sair do útero, sem que eu me dê conta.**

Receberei gratuitamente o DIU e **comprometo-me a retornar regularmente para controle e adequação do método e que estou sendo orientada a retornar em 30 dias após a inserção, em 6 meses e depois uma vez por ano.** Fui orientada a retornar em qualquer momento na eventualidade de efeitos colaterais ou de outras situações que possam surgir, se desejar mudar de método e quando for o período recomendado para a troca. Entendi que sou livre para interromper ou não o uso do método e que este DIU colocado em: ____/____/____ tem a validade de até ____anos e deve ser retirado em ____/____/____.

FUI INFORMADA TAMBÉM QUE EM CASO DE DOR EM BAIXO VENTRE, SECREÇÃO VAGINAL ANORMAL, PURULENTA OU SANGRAMENTO EXCESSIVO, DEVO ME DIRIGIR À UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE OU A NOITE, FINAIS DE SEMANA FERIADOS NA UPA MAIS PRÓXIMA, ONDE RECEBEREI ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTOS QUE SE FIZEREM NECESSÁRIOS.

Diante dos esclarecimentos prestados e tendo compreendido as informações, confirmo por minha livre e espontânea vontade, a inserção do DIU, entendendo que o método não tem eficácia contraceptiva de 100%, e caso venha a engravidar, isento de culpa e responsabilidade o profissional que inseriu o DIU, bem como a Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e 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.

Nome do paciente ou responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou responsável legal: _____

Profissional responsável pela inserção: _____

Carimbo do profissional: _____ Curitiba, ____/____/____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para inserção de DIU

v.3 25/08/2025

Eu _____ afirmo que estou participando do programa de saúde sexual e reprodutiva da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, na Unidade Municipal de Saúde _____, declaro que fui informada sobre as indicações, contraindicações, índices de falhas e eficácia dos métodos anticoncepcionais recomendados pela Organização Mundial da Saúde, disponíveis e liberados para uso neste país.

Após o esclarecimento de todas as dúvidas, escolhi como método o Dispositivo Intrauterino (DIU) e estou ciente que o mesmo é um objeto pequeno de plástico flexível, com revestimento de fios de cobre, a ser inserido no útero através da vagina. **Também compreendi que a efetividade do DIU TCu 380 como método contraceptivo não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha (0,2 a 0,8%) que independe do paciente ou profissional que inseriu o DIU,** (Enfermeiro / Médico) logo, há possibilidade de ocorrência de gravidez com o uso deste método e ela é menor que 1%. Em caso de pacientes portadoras de DIU engravidem, existe uma ocorrência maior de gravidez ectópica – gestação nas trompas (0,5 a 1%), de aborto séptico, isto é, com infecção associada.

Estou ciente de que o DIU pode apresentar efeitos colaterais como: **alterações no ciclo menstrual; sangramento menstrual prolongado e volumoso contribuindo para anemia; sangramentos e manchas no intervalo entre as menstruações; cólicas de maior intensidade ou dor durante a menstruação.** Durante o procedimento de inserção pode ocorrer uma sensação de fraqueza e, excepcionalmente, desmaio. **Estou ciente de que todo procedimento invasivo 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. Fui informada que o DIU, às vezes, pode deslocar-se e sair do útero, sem que eu me dê conta.**

Receberei gratuitamente o DIU e **comprometo-me a retornar regularmente para controle e adequação do método e que estou sendo orientada a retornar em 30 dias após a inserção, em 6 meses e depois uma vez por ano.** Fui orientada a retornar em qualquer momento na eventualidade de efeitos colaterais ou de outras situações que possam surgir, se desejar mudar de método e quando for o período recomendado para a troca. Entendi que sou livre para interromper ou não o uso do método e que este DIU colocado em: ____/____/____ tem a validade de até ____anos e deve ser retirado em ____/____/____.

FUI INFORMADA TAMBÉM QUE EM CASO DE DOR EM BAIXO VENTRE, SECREÇÃO VAGINAL ANORMAL, PURULENTA OU SANGRAMENTO EXCESSIVO, DEVO ME DIRIGIR À UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE OU A NOITE, FINAIS DE SEMANA FERIADOS NA UPA MAIS PRÓXIMA, ONDE RECEBEREI ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTOS QUE SE FIZEREM NECESSÁRIOS.

Diante dos esclarecimentos prestados e tendo compreendido as informações, confirmo por minha livre e espontânea vontade, a inserção do DIU, entendendo que o método não tem eficácia contraceptiva de 100%, e caso venha a engravidar, isento de culpa e responsabilidade o profissional que inseriu o DIU, bem como a Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e 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.

Nome do paciente ou responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou responsável legal: _____

Profissional responsável pela inserção: _____

Carimbo do profissional: _____ Curitiba, ____/____/____