

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 01/2016ⁱ, 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:

1. Eu acima identificado, na condição de paciente do Hospital Santa Maria ou de responsável legal pelo paciente _____, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o Dr. _____, CRM nº _____ e todos os demais profissionais vinculados a assistência, a necessidade de proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**Dispositivo Intrauterino Sem Hormônio**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias e/ou outras condutas médicas que tal tratamento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

2. Estou ciente, quanto aos riscos e benefícios inerentes a este procedimento, podendo eventualmente decorrer complicações abaixo relacionadas, mais frequentes, descritas pela literatura médica:

- Procedimento: Dispositivo Intrauterino Sem Hormônio

O DIU é um pequeno dispositivo de plástico em forma de T e que contém cobre. A sua forma permite um ajuste perfeito à forma do útero da mulher onde ele é facilmente colocado por um profissional médico especializado. Na parte terminal inferior existem dois fios que ficarão no interior da vagina.

Funciona de várias formas, alterando a fecundação, dificultando a ascensão dos espermatozoides à trompa para fertilização do ovulo e impedindo que o ovo fecundado se fixe à parede do útero. A sua eficácia é igual ou superior a 99%. Em 100 mulheres que usem o DIU durante um ano, menos de 1 mulher irá ficar grávida. O DIU mantém a mesma eficácia durante vários anos (pelo menos 5 anos, mas este número tem vindo a aumentar) e devem permanecer no útero até um ano após a última menstruação - menopausa.

O DIU deve ser colocado quando houver indicação médica. Preferencialmente nos dias da menstruação, ou em qualquer época, excluída totalmente a possibilidade da existência de gravidez.

Inserção do Dispositivo Intrauterino Hormonal:

- Durante um exame ginecológico, um instrumento chamado espécuro é introduzido na vagina para visualizar o colo do útero, que é limpo e desinfetado;
- O profissional usa um pequeno instrumento para medir o útero e verificar a sua posição;
- O DIU é então inserido no útero através de uma cânula fina e flexível (o tubo de inserção);
- Algumas mulheres referem dor e mal-estar após a colocação;
- Muitas vezes o médico não consegue inserir o DIU, por vários motivos, o procedimento deverá ser suspenso e a paciente comunicada;

- Após a colocação podem ser sentidas ligeiras cólicas abdominais, semelhantes às de um período menstrual e com a duração de algumas horas. Estas cólicas podem ser tratadas com um analgésico comum;
- Pode ocorrer um sangramento vaginal normal durante um curto período de tempo.
- Durante o processo de colocação, a mulher aprenderá a sentir os fios do DIU, podendo assim verificar se ele está no lugar.
- A visita ao ginecologista deve ser combinada, nunca devendo ultrapassar 01 ano.

Retirada do Dispositivo Intrauterino Hormonal:

- O DIU pode ser retirado em qualquer momento por um profissional especialista.
 - A remoção habitualmente não provoca dor. A fertilidade retorna à normalidade depois da remoção do DIU. Se a mulher não quer engravidar, deve utilizar durante sete dias antes do DIU ser removido, outros métodos anticoncepcionais (como o preservativo), na medida em que o poder fecundante dos espermatozoides pode durar até sete dias e fertilizar um óvulo após o DIU ser removido.
- Vantagens:
 - É um método prático e de longa duração;
 - Depois de colocado, não depende da paciente;
 - Evita ter que tomar uma pílula todos os dias;
 - Não interfere no ato sexual;
 - A fertilidade retorna à normalidade depois da remoção do DIU.
 - Desvantagens:
 - Existe um pequeno risco, em cerca de 2% das mulheres, de infecção do útero (infecção pélvica). O maior risco de infecção ocorre nos primeiros 20 dias depois da colocação;
 - Se ocorrer uma infecção por transmissão sexual em usuárias do DIU, há mais probabilidade de evoluir para uma doença grave chamada a doença inflamatória pélvica;
 - Sendo a gravidez rara entre as usuárias de DIU, quando ela ocorre, pode ser ectópica (isto é, a gravidez pode ocorrer na trompa de Falópio e não no útero) em 3% dos casos;
 - O DIU pode ser expulso sem se dar conta (isso é mais frequente nos 3 primeiros meses);
 - O fluxo sanguíneo na época da menstruação pode aumentar;
 - Dores ou contrações uterinas, mais frequentes nas mulheres que nunca tiveram filhos;
 - Pequeno sangramento logo após a colocação do DIU;
 - Desmaio;
 - Perfuração do útero (em apenas 0,01% das mulheres), podendo ser necessário uma cirurgia denominada laparoscopia ou laparotomia para a retirada do DIU. Para realização da laparotomia é feita uma incisão parecida com a utilizada para fazer a cesárea.
 - Complicações:
 - Infecção pélvica - risco baixo em torno de 2% das mulheres (sendo maior nos primeiros 20 dias de colocação do DIU);

- Maior probabilidade de desenvolvimento de Doença inflamatória pélvica, quando há ocorrência de Infecção sexualmente transmissível ;
- Gravidez ectópica – evento raro menos 3% dos casos; Aumento fluxo sanguíneo menstrual;
- A colocação de um DIU pode causar, embora muito raramente:
- Dores ou contrações uterinas, mais frequentes nas mulheres que nunca tiveram filhos;
- Pequeno sangramento logo após a colocação do DIU; Desmaio;
- Perfuração do útero (em apenas 0,01% das mulheres), podendo ser necessário uma cirurgia denominada laparoscopia ou laparotomia para a retirada do DIU. Para realização da laparotomia é feita uma incisão parecida com a utilizada para fazer a cesárea.

3. Declaro ter ciência que Hospital Santa Maria mantém uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, conforme determinado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

4. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que venham a ser necessários em situações imprevistas que possam ocorrer e demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

5. Com relação a transfusão de sangue ou hemoderivados, que venham a ser necessários em situações imprevistas que possam ocorrer e demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, você autoriza?

Sim

Não

6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

7. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo melhores práticas e literatura médicas.

8. Por fim, confirmo que recebi explicações claras, objetivas e acessíveis, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas remanescentes. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

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."