

DADOS DA PACIENTE:

Paciente/Declarante: _____

CPF nº _____ RG: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Data internação: ____/____/____

Nº do prontuário: _____

Médico responsável: _____

CRM: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA PACIENTE (SE NECESSÁRIO):

Nome do Responsável: _____

CPF nº _____ RG: _____

Endereço: _____

DECLARO para os devidos fins, e sob as penas da lei, que fui orientada de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e consequências do implante de **Dispositivo Intra-Uterino (DIU) hormonal** e estou ciente dos requisitos para sua realização.

DECLARO ainda que fui orientada sobre os riscos inerentes ao implante de **Dispositivo Intra-Uterino (DIU) hormonal**, tais como infecção, perfuração uterina, migração do dispositivo, entre outras complicações. Além disso, tenho conhecimento que referido implemente pode vir a causar a alteração do ciclo menstrual, sangramento menstrual prolongado e volumoso, sangramento no intervalo entre menstruação e cólicas de maior intensidade.

DECLARO também estar ciente de que o **Dispositivo Intra-Uterino (DIU) hormonal** não é um método contraceptivo 100% eficaz, podendo apresentar percentual de erros e/ou falhas e que, a depender do modelo implantado, pode variar de 0,3 a 3,3%, não podendo ser descartada a possibilidade de gravidez após sua inserção, razão pela qual eximo o médico assistente e o HOSPITAL UNIMED - Cooperativa de Trabalho Médico da Região Oeste Catarinense de qualquer responsabilidade que venha ocorrer.

DECLARO ter sido orientada quanto à necessidade de acompanhamento médico regular após a implantação do dispositivo, bem como que o mesmo deve ser trocado dentro prazo estipulado pelo fabricante de acordo com o modelo, podendo esse prazo variar entre 03(três) a 10(dez) anos.



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) HORMONAL**

Assim, considerando que todas as informações acima foram prestadas de forma clara e que foram por mim compreendidas, tendo sido ainda esclarecidas todas as minhas dúvidas, **DECLARO** estar satisfeita com as informações e que compreendo o alcance, os riscos e as consequências inerentes ao procedimento de implante de **Dispositivo Intra-Uterino (DIU) hormonal**, concordando com as condutas médicas necessárias a sua realização.

Pindamonhangaba (SP) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável Nome: _____	Ass. Medico Assistente Nome: _____
CPF: _____	CRM: _____

Código de Ética Médica - É vedado ao médico:

Art. 22º. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34º. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078/90 - Código Brasileiro de Defesa do Consumidor:

Art. 9º - O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas:

VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.