



TERMO DE CONSENTIMENTO DE INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

TITULAR:		SIAPE:	
EST CIVIL:	CPF:	Fones (fixo e Celular):	
LOTAÇÃO:		RAMAL:	DT NASC:
ENDEREÇO:			
PENSIONISTA: () SIM		() NÃO	
EMAIL:			
DEPENDENTE (caso seja):			
Nº DENTIDADE:		Nº CPF	

Declaro para os devidos fins, e sob as penas da Lei, que eu acima identificada e adiante assinada, fui orientada sobre todas as implicações e conseqüências do implante de **DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) HORMONAL () / NÃO HORMONAL ()** e estou ciente dos requisitos médicos para sua realização.

Declaro ainda que fui orientada pelo (a) médico (a) _____ sobre os riscos inerentes ao implante de **DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)** tais como infecção, perfuração uterina, migração do dispositivo entre outras complicações, bem como sobre os possíveis efeitos colaterais como alteração do ciclo menstrual, sangramento menstrual prolongado e volumoso, sangramento no intervalo entre menstruações e cólicas de maior intensidade.

Declaro, também, estar ciente de que há porcentagens de erros e/ou falhas quanto a esse método contraceptivo que, dependendo do modelo implantado, pode variar de 0,3% a 3,3%, havendo possibilidade de engravidar após sua inclusão, pelo qual, portanto, eximo de qualquer responsabilidade o Programa de Assistência à Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, **PAS-UFMS**, caso isso venha a ocorrer.

Declaro ter sido orientada da necessidade de acompanhamento regular após a implantação do DIU e que o mesmo deve ser trocado no prazo estipulado pelo fabricante de acordo com o modelo, podendo esse prazo variar no intervalo de 3 (três) a 10 (dez) anos.

Assim, estando todas as explicações acima completamente entendidas, como também, esclarecidas todas as minhas dúvidas, declaro estar satisfeita com as informações e que compreendo o alcance, os riscos e as conseqüências inerentes ao procedimento de implante de **DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)** por mim solicitado, concordando com as condutas médicas necessárias a sua realização.

Local _____, Data: ____/____/____
(Cidade)

Assinatura do Titular ou Pensionista

Assinatura da Beneficiária

Assinatura do Médico e Carimbo