|  |  |
| --- | --- |
|  | **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**  **INSERÇÃO DE DIU** |

­­

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido (a) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ e inscrito no CPF sob o n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Data de internação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, Nº do prontuário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Seu responsável Sr. (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM-\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado **“INSERÇÃO DE DIU”**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 22º e 34° do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**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, 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.

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 à sua realização.

**INFECCÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA Á SAÚDE:**

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de

prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare

Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

* Cirurgias limpas: até 4%
* Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
* Cirurgias contaminadas: até 17%

**Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.**

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu

perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas

pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos

colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, 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 seu

julgamento.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para a sua realização.

Ijuí (RS) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Ass. Paciente e/ou Responsável | |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG/CPF: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Ass. Médico Assistente | | | |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| CRM: | ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | UF: | \_\_\_\_ |

***Código de Ética Médica – Art. 22.*** *É vedado ao médico 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. 34.*** *É vedado ao médico 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 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º -*** *O fornecedor*

*de produtos ou serviços potencialmente 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.*