TERMO DE CONSENTIMENTO DIU

Eu, _____ , venho através deste termo solicitar a realização do procedimento de inserção de DIU - Dispositivo Intrauterino.

Declaro para os devidos fins que estou ciente
a) Sobre Planejamento Familiar e conheci os demais métodos anticoncepcionais disponíveis.
b) Sobre como o DIU funciona e que pode ser retirado a qualquer momento, se houver necessidade ou se for do meu desejo retirá-lo. Após a remoção deste, a recuperação da fertilidade é imediata e caso eu não queira engravidar preciso escolher qualquer outro método contraceptivo
c) Que como qualquer outro método, mesmo quando bem indicado e bem colocado, pode apresentar falhas. Cinco a oito mulheres em cada mil engravidam usando o DIU no primeiro ano e este número diminuiu ao longo do tempo.
d) Que como qualquer procedimento, a colocação do DIU não é livre de riscos. Pode ocorrer em casos raros, perfuração uterina, hemorragia ou infecções. Se no momento da colocação, surgir algum imprevisto, o procedimento será suspenso, visando garantir minha saúde e bem estar.
e) Que mulheres que usam DIU podem ter alteração no ciclo menstrual e cólicas. Esses sintomas são mais comuns nos primeiros três meses.
f) Da necessidade de retorno à consulta a cada seis meses no primeiro ano e demais retornos são anuais;
g) Que para diminuir as complicações e aumentar a eficácia do método, é muito importante que sejam seguidas as informações fornecidas pelo profissional de saúde, bem como as revisões periódicas programadas.
h) Sobre os sinais de alerta em caso de complicações (febre, dor intensa, hemorragia, atraso menstrual, corrimento vaginal amarelado, perda do fio) e que deverei procurar imediatamente atendimento médico para acompanhamento pela equipe de saúde.
i) Que este método não me protege do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis incluindo o vírus do HIV, tendo sido orientada de como preveni-las;
g) Sobre o prazo de validade (10 anos) que é até __/__/____ e após este prazo estarei sujeita a uma gestação indesejada, caso não substitua o método;
j) Que caso ocorra qualquer uma das situações acima citadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e ou instituição que realizou o procedimento, pois fiz minha própria vontade.

_____ , ___/___/___

LOCAL DATA

_____

ASSINATURA