

Protocolo Técnico para autorização de implante de SIU Hormonal**Identificação do Requerente**

Nome Social

Nome da Beneficiária

Carteira ICS

Idade

Médico Solicitante

Data da solicitação

CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO

Necessidade de Anticoncepção:

 Sim Não

a) Alternativa anticoncepção para pacientes que não se adaptaram aos demais métodos contraceptivos. O médico solicitante deverá relacionar:

Método(s) anticonceptivo(s) utilizado(s) pela paciente anteriormente:

b) Efeitos colaterais apresentados que inviabilizam o uso destes métodos:

c) Necessidade de anticoncepção em paciente portadora de adenomiose (quadro clínico de dismenorreia secundária acrescido de diagnóstico por imagem):

 Sim Não

d) Necessidade de anticoncepção em paciente com história clínica de hipermenorragia idiopática (diagnóstico por imagem em diagnóstico etiológico) associada à anemia de repetição:

 Sim Não**CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO****Contra-indicação Absoluta**

1) Aborto infectado nos últimos 03 meses:

 Sim Não

2) Alterações anatômicas do útero que impeçam uma correta posição do DIU:

 Sim Não

3) Alto risco de DST:

 Sim Não

4) Antecedentes de doença inflamatória pélvica por duas ou mais vezes:

 Sim Não

5) Câncer cérvico-uterino, do endométrio, do ovário ou coriocarcinoma:

 Sim Não

6) Cervicite por Clamídia, micoplasma, ureaplasma ou neisseria:

 Sim Não

7) Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 03 meses:

 Sim Não

8) Doença hepática aguda ou tumor hepático:

 Sim Não

9) Doença trofoblástica benigna:

 Sim Não

10) Endometriose pós-parto:

 Sim Não

11) Existência de contracepção definitiva num dos cônjuges, a saber, laqueadura ou vasectomia:

Sim Não

12) Portadoras de Câncer de mama:

Sim Não

13) Portadora de displasia cervical:

Sim Não

14) Portadora do vírus HIV:

Sim Não

15) Pós- Parto imediato:

Sim Não

16) Sangramento genital em diagnóstico etiológico estabelecido:

Sim Não

17) Tuberculose pélvica:

Sim Não

Contra-indicação Relativa

18) Cefaléia excepcional intensa

Sim Não

19) Enxaqueca sem sinais neurológicos focais:

Sim Não

20) Idade inferior a 20 anos:

Sim Não

21) Nuliparidade:

Sim Não

22) Paciente com menopausa:

Sim Não

23) Pré-menopausa (avaliação médica da necessidade de método em paciente com idade superior a 45 anos):

Sim Não

24) Presença de doença Cardíaca Valvular complicada ou arritmia grave (fibrilação atrial) pelo risco de tromboembolismo:

Sim Não

25) Presença de miomas uterinos:

Sim Não

26) Presença de trombose venosa ativa:

Sim Não

Observações:

ESTES CRITERIOS PARA EXCLUSÃO DO FORNECIMENTO DE DIU HORMONAL SÃO EMBASADOS EM CONHECIMENTOS RECENTEMENTE PUBLICADOS PELA COMUNIDADE CIENTIFICA E OMS, PODENDO ESTAR SUJEITO A MUDANÇAS CONFORME O SURGIMENTO DE NOVOS DADOS OU DIRETRIZES FORNECIDAS PELA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS. O FORNECIMENTO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO HORMONAL OCORRERÁ APÓS O PREENCHIMENTO DESTE FORMULÁRIO PELO MÉDICO ASSISTENTE, NÃO ESTANDO PRESENTES NENHUMA DAS CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS. SE TIVER PRESENTE ALGUMA DAS CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS, A LIBERAÇÃO DO REFERIDO DISPOSITIVO OCORRERÁ COMO O "DE ACORDO" DE MAIS UM MÉDICO GINECOLOGISTA, ALÉM DO SOLICITANTE.

MÉDICO ASSISTENTE
Carimbo e assinatura

AUDITOR MÉDICO ICS
Carimbo e assinatura

SEGUNDO MÉDICO GINECOLOGISTA
Carimbo e assinatura