

**PROTOCOLO TÉCNICO PARA AUTORIZAÇÃO DE IMPLANTE DE DIU**  
**(Este documento deve ser totalmente preenchido e encaminhado para autorização prévia)**

Paciente: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Médico solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**Questionário Preenchido Pelo Médico Assistente**

a) Qual DIU é indicado para a paciente?

Mirena  Kyleena  Cobre T 380A  Mini-DIU de Cobre  Outro: \_\_\_\_\_

b) Qual indicação do DIU? (Pode marcar mais de uma opção):

Anticoncepção  Controle do fluxo menstrual  Controle de cólicas menstruais  Outra: \_\_\_\_\_

c) A paciente possui **Laqueadura** ou o parceiro possui **Vasectomia**?  Não  Sim: \_\_\_\_\_

d) Sobre o ciclo menstrual da paciente:

- 1-  Regular  Irregular  
2-  Fluxo escasso  Fluxo normal  Fluxo intenso  
3-  Sem cólica  Cólica leve  Cólica intensa

e) Paciente possui alteração da cavidade uterina que contra-indique a colocação do DIU (malformação, mioma, etc)?

Não  Sim. Descreva: \_\_\_\_\_

f) O preventivo da paciente está normal? Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Sim  Não. Descreva: \_\_\_\_\_

g) A paciente já engravidou?  Não  Sim: G\_\_\_ PN\_\_\_ PC\_\_\_ A\_\_\_

h) Colocação do DIU será em qual local?

Consultório  Hospital com sedação  Hospital sem sedação  Durante o Parto Normal ou Cesareano

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura da Paciente / Beneficiária

Médico Assistente - Carimbo e Assinatura

**ÁREA DE PREENCHIMENTO PELO MEDICO AUDITOR DO PLAMHUV**

**LIBERADO:**  DIU Hormonal código 31303293  DIU Não-Hormonal código 31303269  
ANESTESISTA?  Não  Sim – código 31602312

**NÃO-LIBERADO. Motivo:** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÕES SOBRE FORNECIMENTO  
DIU HORMONAL OU NÃO HORMONAL**

**Declaro para os devidos fins que:**

- ✓ Estou ciente que a Fundação PLAMHUV não se responsabiliza por falha do método, e que há porcentagens de erros e/ou falhas quanto a este método contraceptivo, sendo que, dependendo do modelo implantado, a colocação do Dispositivo Intrauterino (DIU) pode ocasionar gravidez de 8 entre 1000 mulheres submetidas a este método de contracepção de acordo com o Manual Técnico – Assistência em Planejamento Familiar – do Ministério da Saúde (2002);
- ✓ Estou ciente que a Fundação PLAMHUV não se responsabiliza pela técnica utilizada pelo médico assistente ou complicações que podem ocorrer com o Implante do DIU, visto que qualquer procedimento é passível de complicações, sendo as principais: sangramento irregular, aumento do sangramento menstrual, deslocamento do DIU, dor pós-inserção, etc.
- ✓ As informações aqui prestadas são integralmente verídicas e que tenho conhecimento das consequências criminais em decorrência de declarações falsas, ficando a Fundação PLAMHUV e o médico assistente isentos de quaisquer responsabilidades, caso venha a ser apurada eventual incorreção nas informações ora prestadas.
- ✓ Fui devidamente informada e concordo que, **em caso de desistência imotivada** após esta solicitação e após a aquisição do Dispositivo Intra-Uterino (DIU) pela Fundação PLAMHUV, **será cobrado o importe de R\$ 300,00 (trezentos reais) à título de despesas administrativas.**
- ✓ Fui devidamente informada e concordo que, se o Plano contratado por mim for participativo, haverá a cobrança de co-participação de acordo com o contrato.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura da Beneficiária