

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: Dezembro/2022 Versão: 002

Nome Completo: _____

Nome Social: _____

Gênero: _____ D.N.: ____/____/____

Nº Atendimento: _____ Leito/Andar: _____

Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui

DADOS DA PACIENTE:

Paciente/Declarante: _____ CPF nº _____ RG: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Data internação: ____/____/____

Nº do prontuário: _____

Médico responsável: _____ CRM: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA PACIENTE (SE NECESSÁRIO):

Nome do Responsável: _____

CPF nº _____ RG: _____

Endereço: _____

DECLARO para os devidos fins, e sob as penas da lei, que eu acima identificada e adiante assinada, fui orientada de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e consequências do implante de **Dispositivo Intra-Uterino (DIU) não hormonal** e estou ciente dos requisitos médicos para sua realização.

DECLARO ainda que fui orientada sobre os riscos inerentes ao implante de **Dispositivo Intra-Uterino (DIU) não hormonal** 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 a Maternidade Lília Neves 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 a 10 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 consequências inerentes ao procedimento de implante de **Dispositivo Intra-Uterino (DIU) não hormonal** por mim solicitado, concordando com as condutas médicas necessárias a sua realização.

Campos dos Goytacazes, ____ de _____ de _____.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: Dezembro/2022 Versão: 002

Nome Completo: _____
Nome Social: _____
Gênero: _____ D.N.: ____/____/____
Nº Atendimento: _____ Leito/Andar: _____
Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Código de Ética Médica – Art. 22º. 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. 34º. 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.