



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INSERÇÃO DE DO IMPLANTE
SUBCUTÂNEO LIBERADOR DE ETONOGESTREL**

Este documento tem por objetivo informar sobre o procedimento de Inserção do Implante Subcutâneo Liberador de Etonogestrel, bem como os riscos que decorrem da técnica a ser utilizada. Esclarecemos que a equipe da unidade de saúde _____ está à sua disposição para esclarecer as dúvidas, neste momento, antes da realização do procedimento.

Eu, _____ abaixo assinado, declaro que após orientações da equipe de saúde sobre métodos contraceptivos, optei pelo método disponível: IMPLANTE SUBCUTÂNEO LIBERADOR DE ETONOGESTREL. Declaro, sob as penas da lei, que: Fui orientada de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e consequências do Implante Subcutâneo Liberador de Etonogestrel e estou ciente dos requisitos médicos para sua realização; Fui aconselhada sobre os diversos métodos contraceptivos existentes, definitivos e não definitivos disponíveis na rede de saúde do município de Gravataí - RS, tendo optado pelo uso do Implante Subcutâneo Liberador de Etonogestrel; Fui informada que a inserção do Implante Subcutâneo Liberador de Etonogestrel não possui cem por cento (100%) de eficácia para a contracepção, havendo um risco de gravidez de 0,05%, ou seja, menos de uma gestação a cada 1000 mulheres em um ano; Fui aconselhada das complicações mais frequentes relacionadas à inserção (dor local, hematoma, sangramento, alteração do padrão de sangramento menstrual, dor de cabeça, acne, sensibilidade e dor mamária); Fui aconselhada que posso desistir de realizar o procedimento em epígrafe a qualquer momento, sem necessidade de apresentar qualquer explicação, podendo neste caso optar por outros métodos contraceptivos; Fui aconselhada que em caso de inadequação do implante, seja de quaisquer espécies, o mesmo poderá ser retirado a qualquer momento. Estou ciente que, como método anticoncepcional, o Implante Subcutâneo Liberador de Etonogestrel, também apresenta contraindicações, não devendo ser utilizado diante da suspeita de gravidez ou gravidez confirmada, suspeita ou presença de cânceres de mama e fígado, trombose, tuberculose em tratamento ou sangramento vaginal anormal sem causa definida. Finalmente, estou informada que este termo não contém todas as complicações e riscos conhecidos ou passíveis de acontecer, mas apenas os mais frequentes. Ainda, sou sabedora de que a Secretaria Municipal da Saúde do município de Gravataí-RS e o médico responsável pela inserção do Implante Subcutâneo Liberador de Etonogestrel não terão quaisquer responsabilidades em caso de gravidez ocasionada pela falha na utilização deste método. Diante do exposto acima, declaro estar plenamente satisfeita com as informações recebidas e perfeitamente inteirada do alcance e das consequências inerentes à inserção do Implante Subcutâneo Liberador de Etonogestrel.

Paciente:

CPF:

Responsável:

CPF:

Gravataí, _____ de _____ de 20 _____

Declaração do(a) profissional: O procedimento descrito, incluindo todos os riscos e complicações foram por mim

_____, registro de classe nº _____,

esclarecidos à usuária _____,

ou seu responsável _____, antes que este TCLE fosse assinado por ela.

Assinatura e carimbo profissional

Gravataí, _____ de _____ de 20 _____

Cole aqui o adesivo
"Para arquivo do médico."