

## PROTOCOLO TÉCNICO PARA AUTORIZAÇÃO DE IMPLANTE DE DIU HORMONAL

Nome da paciente \_\_\_\_\_

Cód. da matrícula: \_\_\_\_\_

Data de Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Médico Assistente: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

### Critérios para inclusão:

**a)** Necessidade de contracepção em paciente portadora de endometriose confirmada com exame anatomopatológico, após tratamento inicial com fármaco indutor de amenorréia (Zoladex, Lupron, Neo-Decapeptyl, Synarel, Depo-Provera, Cerazette ou similar)

(    ) **sim**

(    ) **não**

**b)** Necessidade de contracepção em paciente portadora de adenomiose (quadro clínico de dismenorréia secundária acrescido de diagnóstico por imagem: Ultrassonografia com Doppler Color **ou** RM da pelve)

(    ) **sim**

(    ) **não**

**c)** Necessidade de contracepção em paciente com historia clínica de hipermenorragia idiopática (diagnóstico por imagem sem diagnóstico etiológico) e anemia de repetição.

(    ) **sim**

(    ) **não**

**d)** Alternativa contraceptiva temporária para pacientes que tenham experimentado todos os demais métodos contraceptivos, sem apresentar adaptação. O médico solicitante deverá relacionar:

**1.** Todos os métodos contraceptivos experimentados anteriormente.

---

---

---

**2.** Tempo de uso de cada método contraceptivo.

---

---

---

**3.** Efeitos colaterais apresentados.

---

---

---

**4.** Outras informações que considerar pertinentes.

---

---

---

**Critérios para Exclusão- Contra-Indicação absoluta:**

a) Gravidez suspeitada ou confirmada

( ) **sim**

( ) **não**

b) Infecção pós parto ou pós aborto

( ) **sim**

( ) **não**

c) Doença inflamatória pélvica (DIP) atual ou nos 3 últimos meses

( ) **sim**

( ) **não**

d) Cervicite purulenta

( ) **sim**

( ) **não**

e) Sangramento sem diagnóstico etiológico

( ) **sim**

( ) **não**

f) Tuberculose pélvica

( ) **sim**

( ) **não**

g) Antecedente de dois ou mais episódios de Doença Inflamatória Pélvica,

( ) **sim**

( ) **não**

h) Câncer cérvico uterino, de ovário, de endométrio e coriocarcinoma

i) Alterações anatômicas uterinas que impeçam o correto posicionamento do DIU.

**Contraindicação Relativa:**

a) Sangramento menstrual aumentada

( ) **sim**

( ) **não**

b) Risco aumentado de DST

( ) **sim**

( ) **não**

c) AIDS

( ) **sim**

( ) **não**

d) Doença trofoblástica benigna

( ) **sim**

( ) **não**

**Riscos habitualmente menores que os benefícios:**

**a) Nuliparidade**

**sim**

**não**

**b) Idade menor que 20 anos**

**sim**

**não**

**c) Vaginite sem cervicite**

**sim**

**não**

**d) Endometriose**

**sim**

**não**

**e) História de DIP sem gravidez anterior**

**sim**

**não**

**f) Pós parto e aborto de segundo trimestre (inserção antes de completar 48 horas)**

**sim**

**não**

**g) Anemia ferropriva, falciforme ou talassemia**

**sim**

**não**

**h) Miomas ou alterações anatômicas que não distorçam a cavidade uterina**

**sim**

**não**

**i) Doença cardíaca valvular severa (fibrilação auricular, risco de tromboembolismo)**

**sim**

**não**

**j) Dismenorréia severa**

**sim**

**não**

---

Médico Assistente  
Data, carimbo e Assinatura

---

Auditor Médico  
Data, carimbo e Assinatura