



**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO**  
SAÚDE

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLOCAÇÃO DE  
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,

residente à rua \_\_\_\_\_ telefone \_\_\_\_\_,

manifesto meu desejo de usar como método anticoncepcional o dispositivo intrauterino (DIU), depois de ter sido orientada sobre os demais métodos anticoncepcionais para o meu caso.

Declaro que recebi as seguintes informações:

O DIU é um pequeno objeto plástico que será colocado dentro do útero, por profissional habilitado, podendo ser retirado a qualquer momento, se houver necessidade ou se for meu desejo retirá-lo.

Como qualquer outro método anticoncepcional, mesmo quando bem indicado e bem colocado, pode apresentar falhas. Cinco a oito mulheres em cada mil engravidam usando DIU no primeiro ano. Este número diminui ao longo do tempo.

Como qualquer procedimento, a colocação do DIU não é livre de riscos. Pode ocorrer, em casos raros, perfuração uterina, hemorragia ou infecções. Se, no momento da colocação, surgir algum imprevisto, o procedimento será suspenso, visando garantir minha saúde e bem estar.

Mulheres que usam DIU podem ter alteração no ciclo menstrual e cólicas. Esses sintomas são mais comuns nos primeiros três meses e diminuem ou desaparecem com o passar do tempo.

Para diminuir a possibilidade de complicações e aumentar a eficácia do método, é muito importante que sejam seguidas as informações fornecidas pelo profissional de saúde, bem como as revisões periódicas programadas. Se aparecerem sintomas que possam indicar problemas com o DIU, como hemorragias, dor intensa, corrimento vaginal amarelado ou febre sem explicação, devo me dirigir à unidade onde meu DIU foi colocado.

Declaro, ainda, que recebi a orientação de que o DIU funciona apenas como anticoncepcional e não serve para prevenir doenças sexualmente transmissíveis, tendo sido orientada de com preveni-las.

Entendi as informações que me foram fornecidas em linguagem clara e simples e tive todas as minhas dúvidas esclarecidas. Recebi o cartão da paciente onde constam informações sobre o tipo do meu DIU, quando devo fazer a próxima revisão e quando devo trocá-lo.

Assinatura e carimbo do profissional que prestou as informações: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do profissional que colocou o DIU \_\_\_\_\_

Assinatura da paciente \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.