



**CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE**



**AUTORIZAÇÃO DE PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE
SISTEMA INTRAUTERINO DE LEVONORGESTREL DE 52
MG E SISTEMA INTRAUTERINO DE LEVONORGESTREL
DE 19,5 MG - NT SMS.G AT Saúde da Mulher nº 05 – outubro/2022**

versão dez/2023

CAMPOS RESERVADOS AO PRESCRITOR

Nome: _____ Nome social: _____

Informações Gerais

Data de nascimento _____

CNS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Medicamento

- () SIU de levonorgestrel 52 mg
- () SIU de levonorgestrel 19,5 mg

I – Indicação de uso

SIU de levonorgestrel 52mg

- () Síndromes anêmicas
- () Anemia falciforme
- () Pós cirurgia bariátrica
- () IMC (Índice de Massa Corpórea) maior ou igual a 35
- () HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) positiva fase 1 e 2
- () Adolescentes, inclusive homens transgênero (14 A 19 anos) de regiões com vulnerabilidade social, conforme definido pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS 2010
- () Cardiopatias de alto risco e com contraindicação à gravidez. OMS Risco 4.
- () Cardiopatias de risco intermediário à gestação. OMS Risco 2 ou 3.
- () Sangramento Uterino Anormal.
- () Homem trans ou pessoa transmasculina
- () Pessoa em acompanhamento médico e terapêutico para Epilepsia.
- () Pessoas com diagnóstico de Endometriose e pessoas na perimenopausa em estrogênio terapia para proteção endometrial.

SIU de levonorgestrel 19,5 mg

- () Contraceção para adolescentes, inclusive homem trans ou pessoa transmasculina (14 A 19 anos) de regiões com vulnerabilidade social, conforme definido pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS 2010.
- () Contraceção em casos em que os benefícios da inserção de SIU de levonorgestrel de 19,5 mg sejam superiores à inserção do Dispositivo Intrauterino de Cobre ou do SIU de levonorgestrel de 52 mg.

II – Outras indicações

- () Outras condições particulares conforme os critérios médicos atualizados de elegibilidade para uso contraceptivo da Organização Mundial da Saúde (OMS).

No caso da indicação 3, obrigatório justificativa da indicação

Identificação do médico prescriptor

Nome: _____ CRM: _____ Assinatura _____

Identificação do dispensador

Autorizado

Sim

Não

Motivo: _____ Data: ____/____/____