



TERMO CONSENTIMENTO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO HORMONAL (IMPLANON)

TITULAR: _____ SIAPE: _____
EST CIVIL: _____ CPF: _____ Fones (fixo e Celular): _____
LOTAÇÃO: _____ RAMAL: _____ DATA NASC: ____/____/____
ENDEREÇO: _____
PENSIONISTA: () SIM () NÃO EMAIL: _____
DEPENDENTE (caso seja): _____
Nº DENTIDADE: _____ Nº CPF _____

Declaro para os devidos fins, e sob as penas da Lei, que eu acima identificada e adiante assinada, fui orientada sobre todas as implicações e conseqüências do **IMPLANTE SUBDÉRMICO HORMONAL (IMPLANON)** e estou ciente dos requisitos médicos para sua realização.

Declaro ainda que fui orientada pelo (a) médico (a) _____ sobre os riscos inerentes ao IMPLANTE SUBDÉRMICO HORMONAL (IMPLANON) tais como dor local, hematoma, sangramento, alteração do padrão de sangramento menstrual, cefaléia, acne, sensibilidade e dor mamária, possível aumento de peso.

Declaro, também, estar ciente de que há porcentagens de erros e/ou falhas quanto a esse método contraceptivo que, a inserção do Implante Subcutâneo Liberador de Etonogestrel não possui cem por cento (100%) de eficácia para a contracepção, havendo mesmo que em menor proporção risco de gravidez que chega a 0,05%, portanto, eximo de qualquer responsabilidade o Programa de Assistência à Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - CUIDAR+UFMS, caso isso venha a ocorrer.

Declaro ter sido orientada da necessidade de acompanhamento regular após a implantação do IMPLANTE SUBDÉRMICO HORMONAL (IMPLANON) 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 (três).

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 conseqüências inerentes ao procedimento de IMPLANTE SUBDÉRMICO HORMONAL (IMPLANON) por mim solicitado, concordando com as condutas médicas necessárias a sua realização.

Local _____, Data: ____/____/____.

Cidade

Assinatura do Titular ou Pensionista

Assinatura da usuária

Assinatura do Médico e Carimbo