

PROTOCOLO TÉCNICO PARA AUTORIZAÇÃO DE IMPLANTE DE DIU HORMONAL (MIRENA / KYLEENA)

**Este documento deve ser totalmente preenchido e encaminhado para autorização prévia.*

BENEFICIÁRIA		IDADE	
Nº DO CARTÃO UNIMED			
MÉDICO SOLICITANTE		CRM	

INDICAÇÃO PARA INCLUSÃO

Necessidade de **contracepção** em paciente _____

Alternativa contraceptiva para pacientes que tenham experimentado **Outros métodos contraceptivos**, sem apresentar adaptação.

Método	Tempo de Uso	Efeito Colateral	
Método	Tempo de Uso	Efeito Colateral	
Método	Tempo de Uso	Efeito Colateral	
Método	Tempo de Uso	Efeito Colateral	
Método	Tempo de Uso	Efeito Colateral	
Método	Tempo de Uso	Efeito Colateral	

Método solicitado:

Kyleena: _____

Mirena: _____



OBSERVAÇÕES:

- a) O fornecimento de Dispositivo Intra-Uterino Hormonal (Mirena/Kyleena) ocorrerá após o preenchimento do formulário “Protocolo Técnico para Autorização de DIU Hormonal (Mirena)” por médico cooperado.
- b) Conforme Resolução Normativa - RN nº 192 de 27 de maio de 2009, revogada pela RN nº 211 de 11 de janeiro de 2010, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que dispõe sobre a cobertura aos atendimentos nos casos de planejamento familiar e dá outras providências, o Endoceptivo Mirena/Kyleena será **liberado somente nos casos onde a anticoncepção se faça necessária**. Somente o médico assistente (ginecologista) está apto para indicar, contraindicar e inserir o dispositivo (endoceptivo).
- c) O médico assistente e a paciente assinarão um termo que comprove que a paciente e/ou parceiro não tenham método anticoncepcional cirúrgico (laqueadura e/ou vasectomia). Este documento depois de preenchido e assinado ficará arquivado na Sede da Unimed Vilhena.
- d) O médico assistente deverá a ficha de rastreabilidade do Endoceptivo (Mirena/kyleena) inserido na paciente para a qual foi solicitado e encaminhar ficha de rastreabilidade após a inserção devidamente preenchida e assinada.
- e) A Unimed liberará apenas 01 (um) Endoceptivo (Mirena/Kyleena) por beneficiária, no período de 05 (cinco) anos contados da data de inserção. Nos casos de expulsão espontânea ou remoção do endoceptivo não haverá nova cobertura dentro do prazo acima estipulado.
- f) O Mirena/Kyleena será entregue à secretária do médico solicitante em consultório, pelo setor de Auditoria de Enfermagem da Unimed Vilhena, seguindo os protocolos estabelecidos.
- g) A remoção do Endoceptivo fica a critério do médico assistente e da beneficiária do método.
- h) Pedimos aos colegas criteriosa indicação do método.

Médico(a) Assistente
Carimbo e Assinatura

Médico(a) Auditor da Unimed Vilhena
Carimbo e Assinatura

**TERMO DE SOLICITAÇÃO E CONSENTIMENTO DA INSERÇÃO DO ENDOCEPTIVO
(MIRENA / KYLEENA)**

Eu, _____,
_____ anos, estado civil _____, identidade nº
_____, CPF nº _____ residente na Rua/Av
_____, na cidade
de _____/_____, DECLARO ser meu desejo me submeter à inserção do
Endoceptivo () Mirena () Kyleena. Fui informada de forma clara que:

- a) A inserção do Mirena/Kyleena trata-se de método anticonceptivo, cuja colocação e retirada são realizados no consultório do médico assistente, da especialidade de Ginecologia;
- b) Que o prazo de validade do Endoceptivo é de 05 (cinco) anos, contados da data decolocação;
- c) Que a Unimed liberará apenas um endoceptivo a cada 05 (cinco) anos;
- c.1) Que no caso de expulsão do mesmo, espontânea ou não, não terei cobertura para o procedimento e para o Endoceptivo pelo período de 05 (cinco) anos contados da data de sua inserção;
- c.2) Que no caso de optar pela retirada do Endoceptivo não terei cobertura para o procedimento e para o Endoceptivo pelo período de 05 (cinco) anos contados da data de sua inserção;
- d) Que, devido ao uso do endoceptivo, podem ocorrer eventos adversos, tais como: cefaleia, dor no abdômen inferior, dor nas costas, afecções cutâneas, secreção vaginal aumentada, mastalgia, entre outros.

Declaro não ser portadora de laqueadura e/ou meu parceiro ser portador de vasectomia, métodos definitivos de anticoncepção, cuja reversão é muito difícil e deverá ser feita por meio de outra cirurgia.

Declaro, ainda, atender as orientações relativas aos cuidados que devo tomar e demais rotinas que deverão ser por mim adotadas após a sua colocação/inserção, eximindo a Unimed de Vilhena de todas e quaisquer responsabilidades advindas da minha decisão de colocação/inserção do Endoceptivo.

Vilhena, _____ de _____ de _____.

Nome Médico(a) solicitante/assistente:

Nome e assinatura da Beneficiária

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELA INSERÇÃO DO ENDOCEPTIVO (MIRENA/KYLEENA)

Eu, Dr. _____,
inscrito no CRM nº _____, DECLARO ter inserido o Endoceptivo (Mirena),
marca _____, recebido da Unimed Vilhena, na
beneficiária _____,
mediante a sua autorização e concordância.

Vilhena, ____ de _____ de _____.

Nome completo do médico: _____

Assinatura: _____

