

PROTOSCOLOS MEDICAMENTOS ESPECIAIS
PROTOCOLO TÉCNICO PARA AUTORIZAÇÃO DE IMPLANTE DE DIU HORMONAL (MIRENA)

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

Paciente: _____ Matrícula: _____

Idade: _____

Médico Assistente: _____ CRM: _____

Critérios para Inclusão

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

Não Sim

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

Não Sim

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

Não Sim

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

1. Todos os métodos contraceptivos experimentados anteriormente:

.....
.....
.....
.....

2. Tempo de uso de cada método contraceptivo

.....
.....
.....
.....

3. Efeitos colaterais apresentados:

.....
.....
.....
.....

Critérios para Exclusão – Contra-indicação absoluta

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 3 meses | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 2. Cervicites por Chlamydia, Micoplasma, Ureaplasma ou Neisseria | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 3. Aborto infectado nos últimos 3 meses | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 4. Sangramento genital sem diagnóstico etiológico estabelecido | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 5. Tuberculose pélvica | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 6. Antecedentes de Doença Inflamatória Pélvica por duas ou mais vezes | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 7. Câncer cérvico-uterino, do endométrio, do ovário ou coriocarcinoma | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 8. Alterações anatômicas do útero que impeçam uma correta posição do DIU | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 9. Pós-parto imediato (entre 3 e 28 dias) | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 10. Portadoras do vírus HIV | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 11. Doença trofoblástica benigna | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 12. Portadoras do câncer de mama | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 13. Portadoras de displasia cervical | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 14. Existência de contracepção definitiva num dos cônjuges, a saber, laqueadura ou vasectomia | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |

Contra-indicação relativa

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 15. Idade inferior a 20 anos | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 16. Nuliparidade | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 17. Presença de miomas uterinos | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 18. Presença de doença cardíaca valvular complicada (fibrilação atrial), pelo risco de tromboembolismo | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |

OBSERVAÇÃO:

- Estes critérios para exclusão do fornecimento de DIU HORMONAL são embasados em conhecimentos recentemente publicados e aceitos pela comunidade científica, podendo estar sujeitos a mudanças conforme o surgimento de novos dados ou diretrizes fornecidas em medicina baseada em evidência.

- A presença de qualquer critério acima descrito evidencia contra-indicação absoluta para uso do medicamento.

- O fornecimento de dispositivo intra-uterino hormonal (Mirena) ocorrerá após preenchimento de formulário “Protocolo Técnico para Autorização de DIU hormonal (Mirena)” pelo médico assistente, não estando presentes nenhuma das contra-indicações absolutas. Se estiverem presentes alguma das contra-indicações relativas, a liberação do referido dispositivo deverá ter acordo de pelo menos mais um médico ginecologista, além do solicitante.

Médico Assistente
Carimbo e Assinatura

Auditor Médico - ITAIPU Binacional
Carimbo e Assinatura

Segundo Médico Ginecologista
Carimbo e Assinatura