

PROTOCOLOS MEDICAMENTOS ESPECIAIS
PROCOLO TÉCNICO PARA AUTORIZAÇÃO DE IMPLANTE DE DIU HORMONAL (MIRENA)

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

Paciente: _____ Matricula: _____
Idade: _____
Médico Assistente: _____ CRM: _____

Critérios para inclusão

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

Não Sim

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

Não Sim

- c) Necessidade de contraceção em paciente com historia 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 cooperado 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 Não Sim
5. Tuberculose pélvica Não Sim
6. Antecedentes de Doença Inflamatória Pélvica por duas ou mais vezes Não Sim
7. Câncer cérvico-uterino, do endométrio, do ovário ou carcinosarcoma Não Sim
8. Alterações anatômicas do útero que impeçam uma correta posição do DIU Não Sim
9. Pós-parto imediato (entre 3 e 28 dias) Não Sim
10. Portadoras do vírus HIV Não Sim
11. Doença trofoblástica Benigna Não Sim
12. Portadoras de Câncer de Mama Não Sim
13. Portadoras de displasia cervical Não Sim
14. Existência de contracepção definitiva num dos conjugues, a saber, laqueadura ou vasectomia. Não Sim
- Contra-indicação relativa**
15. Idade menor de 20 anos Não Sim
16. Nuliparidade Não Sim
17. Presença de miomas uterinos Não Sim
18. Presença de doença cardíaca valvular complicada (fibrilação atrial), pelo Risco de tromboembolismo Não Sim

OBSERVAÇÃO:

- ÷ Estes Critérios para exclusão do fornecimento do DIU HORMONAL são embasados em conhecimentos recentemente de publicados e aceitos pela comunidade científica, podendo estar sujeitos a mudanças conforme o surgimento de novos dados ou diretrizes fornecidas ou diretrizes fornecidas em medicina baseada em evidencia.
- ÷ 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 preenchimentos de formulário "Protocolo Técnico para Autorização de DIU hormonal (mirena)" por médico cooperado, 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 cooperado ginecologista, além do solicitante.

Médico Assistente
Carimbo e Assinatura

Auditor Médico Unimed
Carimbo e Assinatura

Segundo Médico Ginecologista
Carimbo e Assinatura