

PROTOCOLOS MEDICAMENTOS ESPECIAIS  
PROTOCOLO 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 contracepção 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 contracepção em paciente portadora de adeniose (quadro clínico de dismenorréia secundária acrescido de diagnóstico por imagem: Ultrassonografia com Doppler Color ou RM da pelve)

Não  Sim

- c) Necessidade de contracepção em paciente com historia clinica 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  Não  Sim  
2. Cervicites por Chlamydia, Micoplasma, Ureaplasma ou Neisseria  Não  Sim  
3. Aborto infectado nos últimos 3 meses  Não  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