

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

1 DADOS E DECLARAÇÃO DA USUÁRIA:

Nome da Beneficiária: _____

Idade: _____ Carteira de Beneficiário nº: _____

Médico Solicitante: _____ CRM: _____

2 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO:

Necessidade de contraceção em paciente portadora de endometriose confirmada com exame anatomopatológico (anexar), após tratamento inicial com fármaco indutor de amenorreia (Zoladex, Lupron, Neo-Decapeptyl, Synarel, Depo-Provera, Cerazette ou similar)	() Sim () Não
Necessidade de contraceção em paciente portadora de adenomiose (quadro clínico de dismenorreia secundária acrescido de diagnóstico por imagem)	() Sim () Não
Necessidade de contraceção em paciente com histórico clínico de hipermenorragia idiopática (Anexar Hemograma)	() Sim () Não

Alternativa contraceptiva para pacientes que tenham experimentado todos os demais **métodos contraceptivos**, sem apresentar adaptação. O médico Cooperado solicitante deverá relacionar todos os métodos contraceptivos experimentados anteriormente

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:

3 CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO – CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA:

3.1. Aborto infectado nos últimos 03 meses	() Sim () Não
3.2. Alterações anatômicas do útero que impeçam uma correta posição do DIU	() Sim () Não
3.3. Antecedentes de doença inflamatória pélvica por 02 ou mais vezes	() Sim () Não
3.4. Câncer Cérvico-uterino, do Endométrio, do Ovário ou Coriocarcinoma	() Sim () Não

3.5. Cervicites por Chlamydia, Micoplasma, Ureaplasma ou Neisseria	() Sim () Não
3.6. Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 03 meses	() Sim () Não
3.7. Doença Hepática aguda ou Tumor Hepático	() Sim () Não
3.8. Doença Trofoblástica benigna	() Sim () Não
3.9. Endometriose pós-parto	() Sim () Não
3.10. Existência de contracepção definitiva num dos cônjuges, a saber, Laqueadura ou Vasectomia.	() Sim () Não
3.11. Portadoras de Câncer de mama	() Sim () Não
3.12. Portadoras de Displasia Cervical	() Sim () Não
3.13. Portadoras do Vírus HIV	() Sim () Não
3.14. Pós-parto imediato (entre 03 e 28 dias)	() Sim () Não
3.15. Sangramento genital sem diagnóstico etiológico estabelecido	() Sim () Não
3.16. Tuberculose Pélvica	() Sim () Não

4 CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO – CONTRAINDICAÇÃO RELATIVA:

4.1. Cefaleia excepcional intensa	() Sim () Não
4.2. Enxaqueca focal com perda de visão assimétrica ou outros sintomas indicativos de isquemia cerebral transitória	() Sim () Não
4.3. Idade inferior a 20 anos	() Sim () Não
4.4. Nuliparidade	() Sim () Não
4.5. Paciente com menopausa	() Sim () Não
4.6. Pré-menopausa (avaliação médica de necessidade de método em paciente com idade superior a 45 anos)	() Sim () Não
4.7. Presença de doença cardíaca valvular complicada (fibrilação atrial), pelo risco de Tromboembolismo.	() Sim () Não
4.8. Presença de Miomas Uterinos	() Sim () Não
4.9. Tromboembolismo ou risco aumentado para este	() Sim () Não

5 OBSERVAÇÕES:

5.1 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 fornecidos em medicina baseada em evidências.

- 5.2 O fornecimento de Dispositivo Intrauterino Hormonal (Minera) ocorrerá após o preenchimento do formulário “Protocolo Técnico para Autorização de DIU Hormonal (Mirena)” por médico cooperado, não estando presentes nenhuma das contraindicações absolutas. Se estiverem presentes algumas das contraindicações relativas, a liberação do referido dispositivo deverá ter acordo de pelo menos mais um médico cooperado ginecologista, além do solicitante.
- 5.3 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 de outras providências, o Endoceptivo Mirena 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).
- 5.4 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 Belém.
- 5.5 O médico assistente deverá assinar um termo mencionando que o Endoceptivo (Mirena) foi inserido na paciente para a qual foi solicitado.
- 5.6 A Unimed liberará apenas um Mirena (Endoceptivo) por beneficiária, no período de 05 (Cinco) anos contados da data da inserção. Nos casos de expulsão espontânea ou remoção do Endoceptivo não haverá nova cobertura dentro do prazo acima estipulado.
- 5.7 O Mirena será entregue à secretária do médico solicitante, junto ao setor de Auditoria Médica da Unimed Belém, mediante os protocolos estabelecidos.
- 5.8 A remoção do Endoceptivo fica a critério do médico assistente e da beneficiária do método
- 5.9 Pedimos aos colegas criteriosa indicação do método.

Médico Assistente

Carimbo e Assinatura

____/____/____

Médico Auditor Autorizador Unimed Belém

Carimbo e Assinatura

____/____/____