



MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

MÓDULO 2 ANEXOS - PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS



Versão Atualizada

Outubro 2022

ANEXO 1 – Formulário de Registro de Aplicação de Injetável na Unidade de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
UNIDADE DE SAÚDE _____

FORMULÁRIO DE REGISTRO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTO INJETÁVEL TRAZIDO PELO USUÁRIO - PRESCRIÇÃO ORIGINADA OU NÃO NO SUS				
“Declaro que as informações descritas abaixo conferem com o medicamento que trouxe para ser administrado na Unidade de Saúde, observei os cuidados no armazenamento do mesmo e o trouxe em condições adequadas de conservação.”				
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___
Nome do usuário				
Nome do Prescritor				
CRM ou CRO do prescritor				
Data da prescrição				
Nome do medicamento				
Apresentação				
Posologia/duração do tratamento				
Via e método de administração				
Lote do medicamento				
Registro na Anvisa				
Validade do medicamento				
Ciência e assinatura usuário				
Ciência e assinatura funcionário				

ORIENTAÇÕES PARA DOMICÍLIO – USO INDIVIDUAL

NPH e REGULAR (usadas separadamente)

USO DE INSULINAS NPH E REGULAR

INSULINA	MANHÃ ____ horas	TARDE ____ horas	NOITE ____ horas
NPH			
REGULAR			

Lavar as mãos.

Retirar o frasco de insulina da geladeira 15 minutos antes da aplicação (insulina gelada provoca dor)



Rolar o frasco entre as mãos e movimentar vinte vezes. Não agitar!
INDICADO SOMENTE PARA INSULINA NPH



No primeiro uso, retirar o lacre e registrar a data de abertura do frasco (validade 30 dias após aberto).
Limpar a borracha do frasco de insulina com algodão e álcool.



Manter o protetor da agulha e aspirar a quantidade de ar até chegar na quantidade indicada pelo médico.



Retirar o protetor da agulha e
Injetar o ar da seringa dentro do frasco.



Posicionar o frasco de cabeça para baixo, sem retirar a agulha, e aspirar a insulina até a dose indicada.
(se aparecer bolhas de ar na seringa, dê pequenas batidas no local para eliminá-las)
Conferir se a dose permanece a mesma, caso contrário, completar a dose.
Escolher o local da aplicação (deve estar limpo)



Segurar a seringa como se fosse um lápis.
Fazer uma prega e aplicar no ângulo de 90 (manter a prega durante a aplicação)
Injetar a insulina lentamente até o final.

Retirar a agulha e desfazer a prega.

Não massagear o local

Não descartar a seringa no lixo domiciliar (seguir orientação da Unidade de Saúde)

ORIENTAÇÕES PARA DOMICÍLIO – USO COMBINADO

NPH+REGULAR (na mesma seringa)

Lavar as mãos.

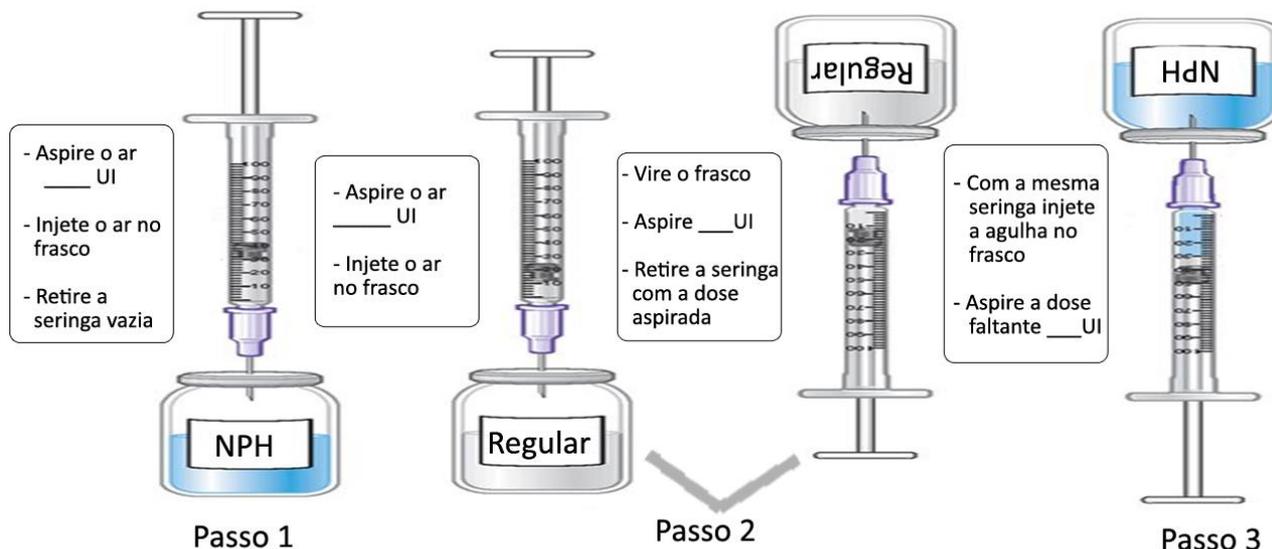
Retirar os frascos de insulina NPH e Regular da geladeira 15 minutos antes da aplicação (insulina gelada provoca dor)

Verificar prescrição NPH _____ Unidades

Verificar prescrição Regular _____ Unidades

A ordem da aspiração é muito importante!

Passo 1:



Importante: O total de insulina na seringa deve corresponder à soma das doses das 2 insulinas.

- Rolar delicadamente o frasco de Insulina NPH 20 vezes entre as mãos para obter aspecto branco e leitoso. Não agitar
- No primeiro uso, retirar o lacre e registrar a data de abertura do frasco (validade 30 dias após aberto)
- Limpar a borracha do frasco de insulina com algodão e álcool.
- Manter o protetor da agulha e aspirar a quantidade de ar até chegar na quantidade indicada pelo médico _____ unidades.
- Retirar o protetor e Injetar o AR no frasco de Insulina NPH e retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH, reservar.

Passo 2:

- Aspirar com a mesma seringa um volume de AR igual à dose de solução de Insulina Regular (transparente) _____ unidades.
- Injetar o AR dentro do frasco de solução de Insulina Regular (transparente).
- Virar o frasco-ampola juntamente com a seringa de cabeça para baixo e aspirar a dose correta de solução de Insulina Regular para a seringa.
- Expulsar todo o ar para fora da seringa e verificar se a dose está correta.

Passo 3:

- Insira a agulha da seringa que já está com a Insulina Regular no frasco de suspensão de insulina NPH (frasco do passo 1) e aspire a dose prescrita de NPH _____ unidades.
- Expulsar todo o ar para fora da seringa e verificar se a dose está correta.
- Escolher o local de aplicação e injetar a mistura imediatamente.

ANEXO IV – TERMO DE CESSÃO DE USO DO GLICOSÍMETRO E DE RECEBIMENTO DE INSUMOS PARA AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

Segundo o § 3º do Art. 1º da Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006 que dispõe sobre a distribuição de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar, “*É condição para o recebimento dos medicamentos e materiais citados no caput estar inscrito em programa de educação especial para diabéticos.*”

Os critérios para inclusão e manutenção do usuário no programa para recebimento dos insumos para o Automonitoramento de Glicemia Capilar – AMGC da Secretaria Municipal da Saúde – SMS Curitiba são:

- 1) Cadastro definitivo na Unidade Municipal da Saúde – UMS de Curitiba.
- 2) Portador de DM tipo 1, tipo 2 em uso de insulina ou diabetes gestacional.
- 3) Prescrição médica, de enfermagem ou farmacêutica do SUS Curitiba.
- 4) Adesão ao tratamento instituído.
- 5) Capacidade cognitiva para automanejo da insulino terapia.
- 6) Apresentação mensal do glicosímetro na UMS para leitura dos resultados dos exames realizados e atendimento com o auxiliar/técnico de enfermagem.
- 7) Preenchimento do Mapa Glicêmico a cada exame que realizar com a fita/glicosímetro.
- 8) Acompanhamento na UMS: comparecimento às consultas e exames agendados pela UMS:
 - Usuário com Controle Metabólico Adequado (Hemoglobina glicada <7%):
 - Consulta Semestral: com médico.
 - Consulta Anual: com enfermeiro.
 - Consulta com farmacêutico: sempre que agendada pela equipe de saúde.
 - Usuário com Controle Metabólico Inadequado (Hemoglobina glicada 7 - 9%):
 - Consulta Trimestral: com médico.
 - Consulta Semestral: com enfermeiro.
 - Consulta com farmacêutico: sempre que agendada pela equipe de saúde.
 - Usuário com Controle Metabólico Ruim (Hemoglobina glicada >9%) %):
 - Consulta Mensal, após ajuste de doses de insulina deve ser trimestral: com médico.
 - Consulta Semestral: com o enfermeiro.
 - Consulta Anual: com dentista.
 - Consulta com farmacêutico: sempre que agendada pela equipe de saúde.

Os insumos recebidos para automonitoramento da glicemia capilar são:

- Aparelho glicosímetro,
- Seringas com agulha fixa para aplicação de insulina,
- Tiras reagentes de medida de glicemia capilar,
- Lancetadores,
- Lancetas para punção digital.

Declaro que estou ciente dos critérios de inclusão e manutenção no programa de automonitoramento da glicemia capilar, recebi da UMS _____ 01 (um) glicosímetro, marca _____ Número: _____ e que devolverei o mesmo no caso de troca de aparelho ou por não apresentar os critérios de inclusão e manutenção no programa para recebimento dos insumos para o AMGC da SMS Curitiba. Em caso de furto, deverei apresentar o Boletim de Ocorrência. Autorizo a coleta, armazenamento, uso, recepção, acesso, processamento e arquivamento dos meus dados referentes aos exames realizados com o glicosímetro recebido. Tais dados poderão ser compartilhados com a empresa responsável pela administração do Software, não podendo esta compartilhar com outras empresas ou desviar a finalidade dos dados obtidos, tampouco utilizar as informações para envio de promoções de marketing.

Manifesto ciência de que os dados são armazenados em servidor, bem como que estes poderão ser acessados pelos profissionais de saúde da SMS Curitiba e pela empresa Roche Diabetes Care, quando previamente solicitado/autorizado pela SMS.

Nome do usuário: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Data: _____

ANEXO 5 – Quadro Aplicação IM

Quadro 1. Seleção do local de aplicação de IM e volume máximo a ser administrado, segundo faixa etária.

IDADE	DELTÓIDE	VENTRO- GLÚTEO	DORSO- GLÚTEO	VASTO LATERAL
Prematuros	-	-	-	0,5 ml
Neonatos	-	-	-	0,5 ml
Lactentes	-	-	-	1,0 ml
Crianças de 3 a 6 anos	-	1,5 ml	1,0 ml	1,5 ml
Crianças de 6 a 14 anos	0,5 ml	1,5 – 2,0 ml	1,5 – 2,0 ml	1,5 ml
Adolescentes	1,0 ml	2,0 – 2,5 ml	2,0 – 2,5 ml	1,5 – 2,0 ml
Adultos	1,0 ml	4,0 ml	4,0 ml	4,0 ml

Fontes: Malkin B. Are techniques used for intramuscular injection based on research evidence? Nursing times 2008;105(50/51):48-51. ¹

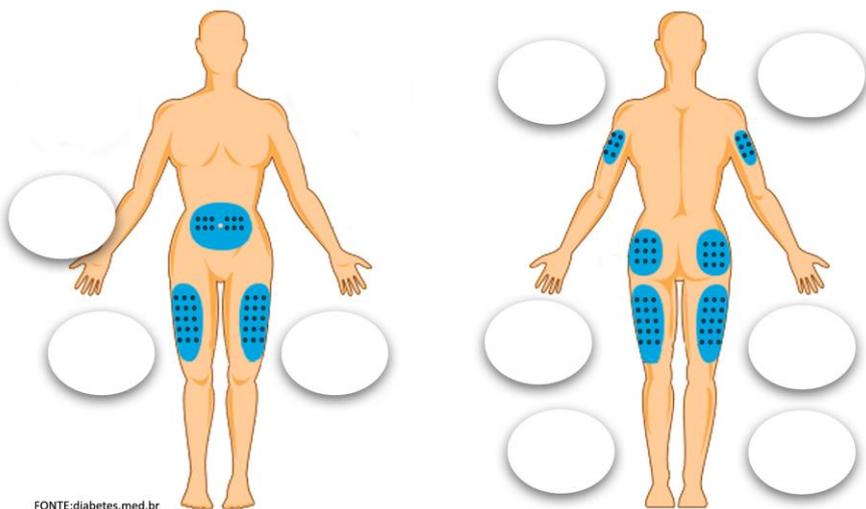
Bork AMT. Enfermagem baseada em evidências – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. ⁴

RECOMENDAÇÕES DE USO DA INSULINA

1. Avalie a prescrição, o histórico da doença e preencha as orientações adaptando ao estilo de vida diário.

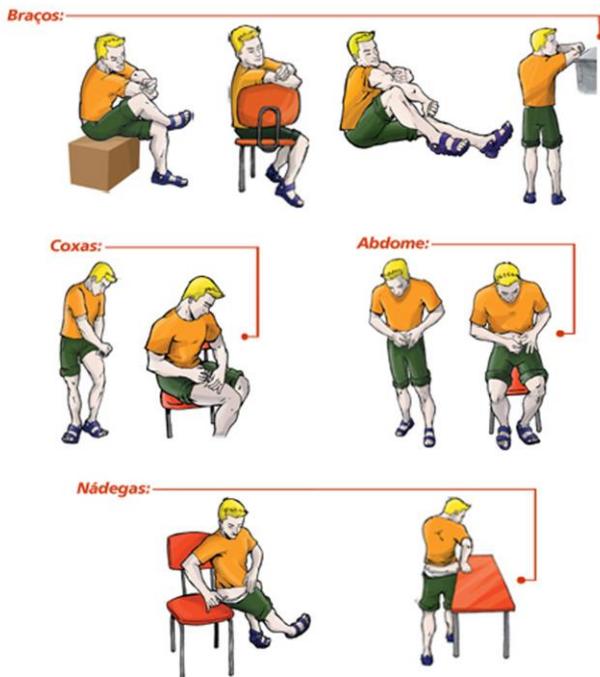
Medicamento prescrito	Nº de testes glicêmicos/dia	Orientações
<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avalie a condição da pele diariamente. 2. Faça rodízio dos locais. 3. Mantenha a distância média de 1 dedo (da pessoa) entre as aplicações. 4. Deve ocorrer um intervalo de 14 dias entre as aplicações no mesmo ponto. 5. Não massagear o local após a aplicação. 6. O frasco fechado deve ser conservado em geladeira até a data de validade do fabricante. 7. Ao abrir o frasco registre a data de abertura. 8. Após aberto, a validade do frasco é de 30 dias. 9. As insulinas devem ficar na 3ª prateleira da geladeira, sem barreiras de ventilação. 10. Ao transportar, guardar em embalagem térmica apropriada para transporte, sem gelo. Conservar até 30°C. 11. Frascos, seringas e lancetas devem ser desprezados em embalagens resistentes e entregues na Unidade de Saúde. </div>

2. Programe **DIA + HORÁRIO + LOCAL DE APLICAÇÃO**



FONTE:diabetes.med.br

3. Faça você mesmo



Você também pode contar com a ajuda de:

Entregas subsequentes: Comparecer mensalmente na Unidade para avaliação e reposição dos materiais utilizados.

ANEXO 7 – Recomendações de Uso da Insulina (verso).

Quadro 1– Adequação do tratamento com insulina <i>bedtime</i>	
Achado	Adequação
Glicemia de jejum > 130 mg/dl	Aumentar a cada dia 1 U de NPH
Glicemia de jejum < 80 mg/dL	Diminuir 2 U
Hipoglicemia noturna	Diminuir 2 a 4 U da dose noturna total e agendar consulta médica

Fonte: Diretriz de Diabete SMS

Se tiver **HIPERGLICEMIA**

Teste glicêmico capilar: glicemia acima de 250 mg/dl

Sintomas como: urinando em excesso, com vontade exagerada de ingerir líquido, fraqueza, diminuição da força física, dor abdominal e hálito com odor adocicado (cetônico).

Orientação:

- Se glicemia acima de 250 mg/dl deve-se administrar 10 U de insulina regular, estimular a ingesta hídrica e repetir a glicemia em uma hora.
- Se tiver náuseas e vômito impossibilitando a ingesta hídrica bem como rebaixamento nível de consciência (sonolência, tontura, desorientação, desmaio) deve ser imediatamente conduzido à Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

- Se a glicemia subiu recomenda-se ingerir um carboidrato complexo (um pão francês ou 1 fatia de pão) para evitar nova hipoglicemia na evolução.
- Se a glicemia não tiver subido recomenda-se repetir as 15 g de açúcar e refazer o mesmo processo.

► **Hipoglicemia com perda de consciência:**

- Procurar imediatamente o serviço de atendimento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para administração de glicose por via endovenosa.

INFORMAÇÃO AO USUÁRIO SOBRE OS INSUMOS DISPONIBILIZADOS PARA O AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR – AMGC

Considerando a Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006 que dispõe sobre a distribuição de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar e as Portarias nº 2583 de 10 de outubro de 2007 e nº 1555 de 10 de julho de 2013 que definem o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde - SUS aos usuários portadores de Diabetes Mellito, os insumos disponibilizados pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba são:

1. Aparelho glicosímetro,
2. Seringas com agulha fixa para aplicação de insulina;
3. Tiras reagentes de medida de glicemia capilar,
4. Lancetadores,
5. Lancetas para punção digital.

Segundo o § 3º do Art. 1º da Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006: *“É condição para o recebimento dos medicamentos e materiais citados no caput estar inscrito em programa de educação especial para diabéticos.”*

Os critérios para inclusão e manutenção do usuário no programa para recebimento dos insumos para o Automonitoramento de Glicemia Capilar da SMS Curitiba são:

1. Cadastro definitivo na Unidade Municipal da Saúde – UMS de Curitiba.
2. Portador de DM tipo 1, tipo 2 **em uso de insulina** ou diabetes gestacional.
3. Prescrição médica, de enfermagem ou farmacêutica do SUS Curitiba.
4. Adesão ao tratamento instituído.
5. Capacidade cognitiva para automanejo da insulinoterapia.
6. Apresentação mensal do glicosímetro na UMS para leitura dos resultados dos exames realizados e atendimento com o auxiliar/técnico de enfermagem.
7. Preenchimento do Mapa Glicêmico a cada exame que realizar com a fita/glicosímetro.
8. Acompanhamento na UMS: comparecimento às consultas agendadas pela UMS:
 - Usuário com Controle Metabólico Adequado (Hemoglobina glicada <7%):
 - Consulta Semestral com médico.
 - Consulta Anual com enfermeiro.
 - Consulta com farmacêutico sempre que agendada pela equipe de saúde.
 - Usuário com Controle Metabólico Inadequado (Hemoglobina glicada 7 - 9%):
 - Consulta Trimestral com médico.
 - Consulta Semestral com enfermeiro.
 - Consulta com farmacêutico sempre que agendada pela equipe de saúde.
 - Usuário com Controle Metabólico Ruim (Hemoglobina glicada >9%) %):
 - Consulta Mensal, após ajuste de doses de insulina deve ser trimestral com médico.
 - Consulta Semestral com o enfermeiro.
 - Consulta Anual com dentista.
 - Consulta com farmacêutico sempre que agendada pela equipe de saúde.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA EXECUTIVA
COORDENAÇÃO DE RECURSOS MATERIAIS
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

NORMATIZAÇÃO SOBRE FORNECIMENTO DE ESPAÇADOR

1. Fornecer o espaçador somente para crianças com até 7 (sete) anos de idade.
2. Também poderá ser fornecido para os usuários acima de 7 anos com dificuldades de utilizar somente o bocal que acompanha o medicamento em aerossol e/ou usuários com necessidades especiais e idosos após avaliação prévia do profissional.
3. Para os demais usuários poderá ser orientada a confecção de espaçador conforme abaixo.
4. O usuário deverá assinar o "Termo de recebimento" que será arquivado na Unidade de Saúde para controle e comprovação de uso e fornecimento do espaçador.
5. A unidade de saúde deverá orientar o usuário quanto a durabilidade do espaçador que é de 2 anos e da não reposição nos casos de roubo, perda, quebra ou mau uso. Nos casos de roubo, perda, quebra ou mau uso deverá ser orientada a confecção de espaçador conforme abaixo.
6. Entregar uma cópia das "Orientações sobre uso e limpeza do espaçador e máscara" para o responsável.
7. Arquivar os recibos/termos de recebimento, assinados, por pelo menos 2 anos.
8. Dar baixa nos espaçadores fornecidos para usuários através do sistema *esauúde* (Almoxarifado → Processo → Movimentação Manual → Movimentação Item Consumo).

A cota do espaçador (04 – quatro unidades) não será alterada, portanto a US deverá fornecer o espaçador criteriosamente conforme as orientações acima.

TERMO DE RECEBIMENTO

Declaro que recebi da Unidade de Saúde _____

(Nome da unidade)

1 (um) espaçador com máscara novos, para uso em conjunto com o

Medicamento aerossol _____ para a (o)

(Nome do medicamento aerossol que faz uso)

Usuária (o) _____,

(Nome completo da (o) usuária (o))

Idade _____.

Declaro que fui informada (o) sobre o uso correto do espaçador/máscara e do medicamento e recebi orientações sobre a limpeza do espaçador/máscara, inclusive por escrito.

Estou ciente de que a durabilidade do espaçador/máscara é de 2 (dois) anos e que não será substituído por roubo, perda, quebra ou danos causados por mau uso do mesmo.

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Nome: _____

Assinatura: _____

ORIENTAÇÕES SOBRE USO E LIMPEZA DO ESPAÇADOR E MÁSCARA

A limpeza do espaçador e da máscara deve ser feita a cada 2 (duas) semanas da seguinte forma:

- SEPARAR A MÁSCARA DO ESPAÇADOR;
- COLOCAR O ESPAÇADOR E A MÁSCARA DE MOLHO EM 1 (UM) LITRO DE ÁGUA COM 5 GOTAS DE DETERGENTE NEUTRO (DETERGENTE DE COZINHA), POR 20 (VINTE) MINUTOS;
- NÃO ENXAGUAR;
- DEIXAR ESCORRER E SECAR NATURALMENTE.
- EMBALAR EM PANO LIMPO OU GUARDAR EM RECIPIENTE LIMPO COM TAMPA.

SEU ESPAÇADOR PODE DURAR 2 ANOS!!!!

É PROIBIDO:

- Desmontar o espaçador
- Utilizar água quente ou fervente
- Utilizar esponja, bucha, escova de mamadeira
- Utilizar outros produtos de limpeza (álcool, Ajax®, Q-Boa®, Veja®...)

O espaçador é de uso exclusivo da criança, CADA UM COM O SEU!!!!

Lembre-se sempre de retirar a tampa do medicamento e do espaçador antes da utilização.

ANEXO 10 – Orientação aplicação da insulina em caneta descartável

ORIENTAÇÃO USUÁRIO - APLICAÇÃO DE INSULINA NPH/ CANETA DESCARTÁVEL



Lave as mãos



Insira a agulha descartável



Retire a proteção externa e interna



Para a NPH faça 10 movimentos de inversão e 10 de rotação



Teste 2 U para avaliar o funcionamento do sistema



Ajuste a dose prescrita



Segure a caneta com o polegar para cima e insira a agulha a 90° da pele



Pressione o botão com o polegar e segure por 10 segundos



Despreze a agulha num reservatório adequado

ANEXO 11 – Laudo HIV



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Unidade Saúde: _____

Endereço: _____ Tel. _____

Nome/ Nome social: _____

RG: _____ Data nasc: _____

TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Amostra: Sangue Total

Lote: _____ Validade: _____	Lote: _____ Validade: _____
TESTE 1: Nome do teste: (_____)	TESTE 2: Nome do teste: (_____)
Método: Imunocromatografia	Método: Imunocromatografia
Resultado do Teste: _____	Resultado do Teste: _____

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: Amostra: _____ para o HIV.

Observações: Resultado obtido com a utilização do Fluxograma 1, realizado presencialmente em amostra coletada por punção digital conforme Portaria nº 29, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2013– SVS/Ministério da Saúde.

1. A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a dezoito meses não caracteriza infecção devido à transferência de anticorpos maternos anti-HIV através da placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.
2. Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, mesmo com o resultado não reagente recomenda-se a coleta de uma amostra 30 dias após a coleta da primeira amostra, para investigação de soroconversão.
3. **Resultado definido com o Fluxograma 1**, conforme estabelecido pela Portaria nº 29 de 17 de dezembro de 2013, **é indicada a realização imediata da Carga Viral (CV) nos casos com resultados reagentes.**

Curitiba, _____ / _____ / _____

Responsável Técnico – Matrícula e Conselho classe

ANEXO 13 – Laudo Sífilis



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Unidade Saúde: _____

Endereço: _____ Tel. _____

Nome/ Nome social: _____

RG: _____ Data nasc: _____

TESTE RÁPIDO PARA TRIAGEM DA SÍFILIS

Em conformidade com o Fluxograma 2 do Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis aprovado pela Portaria MS nº 2012, de 19 de outubro de 2016.

Amostra: sangue total
Lote: _____ Val: _____
Nome do teste: _____
Método: Imunocromatografia

Resultado da triagem: _____

Observações:

1. Exame realizado apenas para fins de triagem, havendo necessidade de diagnóstico o mesmo deverá ser realizado de acordo com o Fluxograma 3 do Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis aprovado pelo Portaria MS nº 2012, de 19 de outubro de 2016.
2. Nos casos com resultado reagente o mesmo deverá procurar orientação junto a Unidade de saúde.
3. Em caso de suspeita de infecção mesmo com resultado não reagente, recomenda-se a coleta de uma nova amostra 30 dias após a coleta da primeira amostra, para investigação de soroconversão.

Curitiba, ____/____/____

Responsável técnico – Matrícula e Conselho de Classe



AUTORIZAÇÃO PARA INSERÇÃO DO IMPLANTE

O implante subdérmico de etonogestrel (progesterona) 68 mg faz parte de um grupo de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração. Sua finalidade é evitar a gravidez. É um pequeno tubo de plástico, com 4 cm de comprimento e 2 milímetros de largura. Sua ação é contínua por 3 anos, com a liberação do hormônio etonogestrel para o sangue impedindo a ovulação e espessando o muco do colo do útero, o que dificulta a passagem dos espermatozoides.

É um método seguro e prático, sendo eficaz logo após a sua colocação, com uma taxa de falha de 0,05%. Dispensa a necessidade de tomar diariamente ou mensalmente medicamento. Não prejudica a fertilidade para uma eventual gravidez futura. Há melhora das cólicas menstruais, não interfere na relação sexual, nem na amamentação e não diminui a massa óssea (osteoporose). Pode ser usado pelas mulheres que não podem tomar pílulas contendo estrogênio.

Quanto a colocação do implante, este pode ser inserido em até 5 dias após o início da menstruação ou imediatamente após o parto. Normalmente é inserido na parte interna do braço não dominante, debaixo da pele, como se fosse uma injeção, sendo necessário uma anestesia no local. Pode ocorrer, após a inserção do implante alguma dor, inchaço ou hematoma pequeno no local da colocação mas que passa rapidamente. Outros efeitos colaterais podem surgir como dor de cabeça, aumento de peso, acne, alterações de humor, irregularidade menstrual, mamas mais sensíveis e diminuição da libido. Como este implante não é um método de barreira, aconselha-se o uso regular de preservativo para diminuir o risco de infecções sexualmente transmissíveis.

Apesar do prazo da durabilidade do método ser de 3 anos, este poderá ser removido a qualquer tempo, conforme indicação clínica ou a seu pedido. O procedimento de inserção e remoção será realizado por profissional capacitado e necessita de espaço clínico adequado. Tanto o recebimento quanto a retirada deste implante é gratuita.

Fui devidamente esclarecida da importância de realizar acompanhamento após inserção do implante contraceptivo, bem como da necessidade de removê-lo ao término do período de três anos e, se for o caso, da substituição do implante, pelo serviço responsável. Desta forma, através deste documento tomo ciência ser imprescindível a manutenção do contato com a equipe de saúde.

A equipe de saúde que lhe acompanha e/ou ambulatório de referência que realizará o procedimento de inserção deste implante irá acompanhar as suas condições de saúde e aceitabilidade do método, ficando também à disposição para esclarecimentos e orientações que forem necessárias durante todo o período de uso do implante.

Declaro que me foi esclarecido as vantagens e desvantagens bem como dos outros métodos contraceptivos. Diante das informações prestadas pelo profissional de saúde confirmo, por minha livre e espontânea vontade, o desejo de realizar a inserção deste implante, conforme o protocolo da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Nome legível do usuário _____

Assinatura _____

(Em caso de incapacidade, assina este documento o representante legal)

Profissional de saúde: _____

Assinatura/ carimbo: _____

Estabelecimento de inserção: _____ Curitiba ____/____/____

1ª via- deve ser entregue à usuária

2ª via- deve ser arquivado no estabelecimento da inserção.

ANEXO 15 – NOTIFICAÇÃO DE INSERÇÃO DO IMPLANTE – SMS CURITIBA



NOTIFICAÇÃO DA INSERÇÃO DO IMPLANTE

Esta notificação deve ser preenchida no momento da inserção do implante pela equipe realizadora e encaminhada posteriormente para a SMS de Curitiba aos cuidados da Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, para fins de controle de inserção e liberação de novos implantes.

Nome: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: _____
Nome da mãe: _____
Cartão Nacional: _____
Hospital/US _____

Critérios de inclusão da usuária:

- Em situação de rua ()
- Vivendo com HIV/Aids ()
- Uso prejudicial de álcool e outras drogas ()
- Transtorno mental de difícil manejo ()
- Doença crônica grave: diabetes, hipertensão ()
- Sífilis ou hepatites com comorbidades ()
- Grandes múltiparas: > 5 gestações ()
- Outras indicações:() _____

G ___ P ___ C ___ A ___ Realizou teste de gravidez: SIM () NÃO ()
Data do parto/aborto: ___/___/___ ou DUM: ___/___/___

Dados de identificação do implante e do profissional de saúde:

Data da inserção: ___/___/___
Lote: _____ Data da validade: ___/___/___

Profissional de saúde: _____
Assinatura/carimbo: _____

Via Única encaminhar para Rede Mãe Curitibana- SMS Curitiba