



CAMPOS RESERVADOS AO PRESCRITOR

Nome: _____

Nome social: _____

Data de nascimento ____/____/____ CNS _____

Medicamento

- () SIU de levonorgestrel 52 mg
- () SIU de levonorgestrel 19,5 mg

Indicação de uso: SIU de levonorgestrel 52mg

- () Síndromes anêmicas
- () Anemia falciforme
- () Antes e Pós cirurgia bariátrica
- () IMC (Índice de Massa Corpórea) maior ou igual a 35
- () HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) positiva fase 1 e 2
- () Cardiopatias de alto risco e com contra indicação à gravidez. OMS Risco 4.
- () Cardiopatias de risco intermediário à gestação. OMS Risco 2 ou 3.
- () Sangramento Uterino Anormal.
- () Homem trans ou pessoa transmasculina
- () Pessoa em acompanhamento médico e terapêutico para Epilepsia.
- () Adenomiose / Endometriose
- () Pessoa no climatério / menopausa para a realização de terapia hormonal

Indicação de uso: SIU de levonorgestrel 19,5 mg

1. () Contracepção em adolescentes entre 14 anos e 19 anos, 11 meses e 29 dias
2. () Contracepção em casos em que os benefícios da inserção de SIU de levonorgestrel de 19,5 mg sejam superiores à inserção do Dispositivo Intrauterino de Cobre ou do SIU de levonorgestrel de 52 mg
3. () Outras condições particulares conforme os critérios médicos atualizados de elegibilidade para uso contraceptivo da Organização Mundial da Saúde (OMS)
4. () Pessoa em situação de rua e / ou usuárias de drogas ilícitas em idade reprodutiva (O uso do SIU Mirena pode ser utilizado como alternativa desses casos. Importante avaliar caso a caso)
5. () Pessoas em situação de vulnerabilidade psicossocial de acordo com os critérios da OMS (Organização Mundial da Saúde)
6. () Contracepção em casos em que pacientes refiram sangramento menstrual de grande volume e / ou com queixas de dismenorrea de moderada a intensa
7. () Pessoas no climatério / menopausa para a realização de terapia hormonal

No caso da indicação 3, obrigatório justificativa da indicação

Identificação do médico prescriptor

Nome: _____ CRM: _____ Data: ____/____/____

Identificação do dispensador

Nome: _____ RF/RG: _____ Data: ____/____/____

Autorizado: () Sim () Não Motivo: _____