

**Ministério da Saúde
Treinamento em implante contraceptivo**

Prontuário – Implante Contraceptivo (Etonogestrel 68mg)

1 Identificação

Data do atendimento ___/___/___	N. Prontuário:
Nome:	DN: ___/___/___
RG: _____	Telefone:
CNS: _____	Cor/raça:
Profissão/Ocupação:	Escolaridade:
PcD: _____	Endereço:

1.2 Motivação para inserção do implante contraceptivo

<input type="checkbox"/> Contracepção	<input type="checkbox"/> SUA	<input type="checkbox"/> Endometriose	<input type="checkbox"/> Doença hematológica
<input type="checkbox"/> Dor pélvica	<input type="checkbox"/> Mioma	<input type="checkbox"/> Transplantada (fígado/rim/medula)	
<input type="checkbox"/> Outras _____			

1.3 Antecedente pessoal e ginecológico

Problemas de saúde:	Uso de medicamentos:
DUM:	Método anticoncepcional atual
Coitarca: s	<input type="checkbox"/> MAC Qual _____
Dismenorreia	<input type="checkbox"/> Injetável mensal
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Injetável trimestral
Medicação:	<input type="checkbox"/> Preservativo (modo)
	<input type="checkbox"/> LAM (modo) _____
	Outro _____
Ciclos menstruais	Sangramento aumentado
<input type="checkbox"/> regulares <input type="checkbox"/> irregulares Dias _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Condição de saúde (Categoria 3 e 4 OMS)	Sim	Não
Câncer de mama e demais neoplasias sensíveis a esteroides sexuais		
Gravidez:		
Sangramento genital irregular não investigado (quando não for possível afastar uma gestação);		
Tromboembolismo venoso agudo na ausência de anticoagulação;		
Infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral em vigência de uso do método		
Enxaqueca com aura durante o uso do método (se for prévia, não há contraindicação);		
Adenoma hepatocelular, adenocarcinoma hepatocelular, cirrose hepática severa;		
Câncer de mama tratado há mais de cinco (5) anos;		
Lúpus eritematoso sistêmico com positividade para anticorpos antifosfolipídeos;		
Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer outro componente do implante subdérmico.		
Elegibilidade para o implante contraceptivo <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 3/4		

1.4 Antecedente obstétrico

Gesta Para Abortos	Último aborto:
(cesáreas)	Último parto:
Infecção pós-parto ou pós-aborto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Amamenta <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

1.5 Escolha contraceptiva

Informada sobre contraindicações e efeitos do (sangramento, acne e outros)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Confirmada a escolha: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Observações: Momento de inserir o implante contraceptivo

Não puérpera <ul style="list-style-type: none"> • Até o sétimo dia do ciclo menstrual; • Ausência de relação sexual desprotegida no mês prévio à inserção, com menstruação regular; • Uso prévio consistente e correto de qualquer método contraceptivo confiável; 	Puérpera <ul style="list-style-type: none"> • Imediatamente pós-parto ou pós aborto; • Nos sete (7) primeiros dias após o aborto; • Até quatro semanas após o parto, independente da amamentação; • Entre quatro (4) semanas e seis (6) meses após o parto desde que a usuária esteja em amamentação exclusiva e em amenorreia.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.6 Exame físico

Peso _____ Altura _____	PA _____ IMC: _____
-------------------------	---------------------

1.7 Inserção do implante contraceptivo

Local da inserção: () Braço esquerdo () Braço direito Região: face interna, cerca de 8-10 cm do epicôndilo medial, 3 a 5cm abaixo do sulco entre os músculos bíceps e tríceps Reação imediata: () sem intercorrências () intercorrências	Lote/Número/Identificação _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------

1.8 Condutas pós-procedimento

Oriente manter curativo compressivo por 24h e evitar esforço físico no membro por 48h, devendo ser mantido curativo não compressivo por 3 a 5 dias. Informe retorno em _____ dias para avaliação local.

1.9. Profissional que inseriu o implante contraceptivo:

() Enfermeiro(a)

() Médico

() Residente/Ano

Assinatura/Carimbo
Supervisor(a)Assinatura/Carimbo
Profissional**Retorno** **Data:** ___/___/___**Avaliação**

Queixas:	
Peso _____	Altura _____ PA _____ DUM:
Padrão de sangramento ou spotting (90 dias) () Amenorreia () Sangramento infrequente (3 dias) () Frequência normal (3 a 5 dias) () Sangramento frequente (mais de 5 dias) () Sangramento prolongado (ininterrupto – 14 dias)	
Deseja manter método? () Sim () Não	Se não, motivo: () Sangramento () Ganho de peso () Acne () Deseja engravidar () Gravidez
Conduta: Retirado o Implanon () Sim () Não Orientações:	

Assinatura/Carimbo Profissional

Prontuário – Implante Contraceptivo Subdérmico © 2025 por Pâmella Quirino Pascoal e Sheila Milena Pessoa dos Santos Fernandes está licenciado sob Creative Commons Atribuição-NãoComercial-Compartilhamento pela mesma Licença 4.0

Internacional

