

FORMULÁRIO DE RETIRADA IMPLANON

DATA: ____/____/____

NOME: _____

DN: ____/____/____ **DATA DE INSERÇÃO:** ____/____/____

UNIDADE DE SAÚDE E MÉDICO RESPONSÁVEL PELA INSERÇÃO:

CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE PARA INSERÇÃO:

QUEIXAS REFERIDAS PELA PACIENTE PARA SOLICITAÇÃO DA RETIRADA: (data de início e duração).

CRITÉRIOS QUE JUSTIFIQUEM A RETIRADA/ MANEJO CLÍNICO (o que foi orientado/ realizado/prescrito e quem foi o responsável):

RETIRADA(para ser preenchida pelo profissional da Unidade de saúde da retirada):

data ____/____/____

Considerações: _____

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO/enfermeiro UBS que solicitou retirada do implante: