



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

Procedimento: GESTAÇÃO ECTÓPICA – TRATAMENTO CIRÚRGICO

Eu _____ RG _____;
_____ anos de idade, consinto que o Dr. _____ CRM _____

tendo em vista o diagnóstico de **GESTAÇÃO ECTÓPICA**, fui informada que deve ser instituído um tratamento, que pode ser cirúrgico ou medicamentoso. Decidi em conjunto com a equipe médica que irei optar pelo **tratamento CIRÚRGICO**.

Declaro que recebi todas as informações pertinentes ao procedimento médico de **Cirurgia para TRATAMENTO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA** que consiste na avaliação da cavidade abdominal para diagnóstico e tratamento de gravidez ectópica (tubária, abdominal, ovariana e uterinacornual). A cirurgia poderá ser feita pela técnica aberta, através de uma abertura da parede abdominal para se ter acesso à cavidade abdominal ou através da técnica de videolaparoscopia, feita por uma incisão de 1-2 cm no umbigo e outras duas ou três incisões no baixo ventre. Eventualmente alguma incisão pode ser ampliada ou realizada uma nova via vaginal para retirada de algum órgão. O tipo de anestesia será definida pela equipe médica de médicos anestesiológicos, podendo ser realizada a analgesia peridural/raquianestesia ou a anestesia geral.

De acordo com a localização da gravidez ectópica podem ser realizadas: salpingectomia (retirada da trompa), salpingostomia (abertura da trompa e retirada da gestação - nesse caso a trompa é preservada embora sem garantia de funcionamento adequado posterior), ooforectomia (retirada do ovário), ooforoplastia (retirada da gravidez ovariana com preservação do ovário) retirada dos órgãos abdominais porventura acometidos pela gravidez. Em alguns casos (RAROS) de persistência pós-operatória de níveis elevados de HCG (hormônio da gravidez) pode ser necessário tratamento complementar com metotrexate (quimioterápico) ou re-operação.

Declaro, ainda, estar devidamente informado(a) dos riscos presentes ao referido ato cirúrgico, bem como das raras complicações inerentes ao quadro, especialmente: Infecções com possibilidade de evolução febril; hemorragias com a possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória); hematoma pós operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feita uma drenagem cirúrgica; lesões de bexiga, uretra ou ureteres; lesões intestinais, sendo necessário cirurgião especializado; fístulas; trombose venosa dos membros inferiores e embolia pulmonar; dores devido à posição cirúrgica. Pode ser necessário o uso de medicações para controle de dor.



Fui informado(a), ainda, que, a longo prazo, podem muito raramente ocorrer hérnias pós-cirurgia, assim como patologia dos ovários, trompas e útero quando não extirpados.

Quando a técnica que estiver sendo realizada for a Videolaparoscopia, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada (inclusive convertendo a videolaparoscopia para tratamento de gravidez ectópica para cirurgia abdominal aberta), após tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes ou mesmo por dificuldades técnicas.

O signatário deste Termo de Consentimento entende que é essencial o correto seguimento das orientações médicas após a cirurgia realizada, incluindo as modificações dietéticas e prescrição de medicamentos, realização de exames e retornos pós-operatórios programados pelo médico assistente.

Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento, antes da aplicação dos medicamentos e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto e optar pela tentativa de ter um parto vaginal/normal.

Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Rubricas/assinaturas: _____

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Nome da paciente ou responsável legal: _____

Assinatura da paciente ou responsável legal: _____

Identidade nº: _____

Local e Data: _____ Hora: _____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____

Assinatura: _____ CRM: _____

Local e Data: _____ Hora: _____

O termo deve ser rubricado em todas as folhas pela paciente e pelo médico, em duas vias (uma para a paciente e outra para o médico).