



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

**Procedimento: GESTAÇÃO ECTÓPICA – TRATAMENTO NÃO 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 medicamentoso (conservador)**.

Com base nesta minha decisão, fui informada e recebi todas as informações pertinentes ao procedimento médico de **TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA** que consiste:

- Administração de drogas (injeções intramusculares ou injeções dentro do saco gestacional) que interrompem a gestação ectópica em andamento. Pode ser utilizado em gestações ectópicas de localização tubária (como tratamento primário ou como complementação de cirurgia que conserve a trompa acometida), cervical, cicatriz de cesárea, cornual, abdominal e ovariana.

Fui informada que existe necessidade de acompanhamento dos níveis de HCG até a sua negatificação (pode demorar até 8 semanas) bem como acompanhamento (ambulatorial ou regime de internação). No período de acompanhamento recomenda-se: repouso, abstinência sexual, não utilizar suplementos vitamínicos com ácido fólico, não utilizar bebidas alcoólicas ou anti-inflamatórios e evitar exposição ao sol.

Pode ser necessário o uso de medicações para controle de dor. Declaro, ainda, estar devidamente informado(a) que o tratamento apresenta taxa de sucesso variável, podendo ser necessárias várias doses, existe possibilidade de falha e necessidade de tratamento cirúrgico complementar (Laparotomia ou laparoscopia de urgência, Salpingectomia, Ooforectomia, Histerectomia ou curetagem uterina) e necessidade de suporte clínico (Soroterapia, transfusões sanguíneas e internação em CTI). Mesmo não sendo relatado nenhum efeito deletério em gestações futuras deve-se aguardar 3 semanas após a negatificação do HCG para nova gestação. Declaro estar ciente dos riscos presentes ao referido tratamento, bem como de complicações inerentes ao quadro, especialmente: hemorragias com a possível necessidade de transfusão; náuseas, vômitos, estomatite, dor abdominal, elevações das enzimas hepáticas e das provas de função renal, febre,



queda de cabelo, sintomas respiratórios e diminuição dos leucócitos. Entendi ainda, que existem outras possíveis opções terapêuticas expostas, como por exemplo: excisão cirúrgica da gravidez ectópica, excisão cirúrgica de toda trompa ou mesmo excisão cirúrgica do útero, mas foi optado pelo **TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA**. Assim, declaro que estou satisfeito(a) com as informações recebidas de forma oral e escrita, em linguagem clara e simples por parte de meu médico e sua equipe, e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento. Por tal razão e nestas condições **CONSINTO** que se realize o **TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA** proposta.

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).

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).***