

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - GESTAÇÃO ECTÓPICA – TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO



O presente Termo de Consentimento tem o objetivo informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico acima identificado, ao qual será submetido. Assim em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e Recomendação do CFM nº 01/2016, serão lhe prestadas informações claras e adequadas quanto ao procedimento a ser realizado.

Identificação Do Paciente Ou Do Responsável Legal	
<b>Nome:</b>	
<b>Tipo de Documento De Identificação:</b>	<b>Nº:</b>

Eu acima identificado, na condição de paciente do Centro Materno Infantil Med Imagem ou de responsável legal pelo paciente \_\_\_\_\_, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, \_\_\_\_\_ 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 pelo tratamento cirúrgico. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - GESTAÇÃO ECTÓPICA –  
TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO



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).

**Assinatura do Paciente e/ou Responsável:**

\_\_\_\_\_

Testemunhas (campo a ser preenchido na hipótese de paciente iletrado):

1. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.

2. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.

Teresina / PI, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**A ser preenchido pelo médico:**

Identificação Do Médico		
<b>Nome:</b>		
<b>CRM:</b>	<b>Tipo:</b>	<b>Nº:</b>

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Carimbo / Assinatura do Médico:

\_\_\_\_\_

Teresina / PI, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

i Recomendação do CFM nº 01/2016: "O CFM no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, CONSIDERANDO que o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados; CONSIDERANDO que as informações e os esclarecimentos do médico, na obtenção do consentimento do paciente, são fundamentais para que o processo ocorra livre de influência ou vício; CONSIDERANDO que são necessárias orientações éticas complementares sobre a obtenção do consentimento em situações especiais como emergências, recusa, possibilidade de transtornos psicológicos oriundos da informação, preexistência de transtornos mentais e riscos para a saúde pública; CONSIDERANDO o Princípio Fundamental XXI e os artigos 22, 31 e 34 do Código de Ética Médica; CONSIDERANDO que há insuficiência de orientações sobre quando obter o consentimento e sobre a forma de sua documentação; CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 21 de janeiro de 2015; RECOMENDA Art. 1º Nas decisões sobre assistência à saúde dos pacientes, os médicos devem levar em consideração o documento Consentimento Livre e Esclarecido.