



Protocolo de Atenção à Saúde

Gestação Ectópica

Área(s): Saúde da Mulher, Ginecologia

Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

As bases de dados consultadas foram:

- Diretrizes do Ministério da Saúde;
- Diretrizes e Manual da FEBRASGO;
- UpToDate;
- American College of Obstetricians and Gynecologists;
- Proago - Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Pregnancy /Pregnancy Complications/Pregnancy, Ectopic, Pregnancy.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Revisão de literatura atualizada incluiu 8 artigos relevantes datados de 2008 a 2022.

2- Introdução

A gestação ectópica é definida como a implantação e o desenvolvimento do ovo fora da cavidade corporal uterina. Apresenta uma mortalidade materna alta (6-13%) no período gestacional. Nos países desenvolvidos, apresenta uma incidência baixa de 1-2%. A taxa de recorrência é de 15% e, após dois ou mais episódios de gestação ectópica, essa porcentagem aumenta para 25%.¹

Quanto à sua localização, a maioria ocorre na tuba uterina (90%) e 10% em demais áreas atípicas – cicatriz da cesariana (1 a 3%); abdome (1%); ovário (1 a 3%); e colo uterino (1%)².

São fatores de risco para gestação ectópica:^{2,3}

FATORES DE RISCO PARA GESTAÇÃO ECTÓPICA
Gestação ectópica prévia
Doença inflamatória pélvica
Cirurgia abdominal
Cirurgia tubária prévia
Dispositivo intrauterino
História prévia e tratamento de infertilidade
Endometriose
Tabagismo
Uso de progestágenos ou anticoncepção de emergência

Figura 1. Fatores de risco para gestação ectópica

3- Justificativa

A gestação ectópica apresenta alta morbidade e mortalidade no primeiro trimestre gestacional.¹ É imperativo que o diagnóstico de gravidez ectópica deva ser realizado antes da ruptura. Desta forma, o tratamento deixa de ser feito numa situação de emergência e pode-se optar por condutas conservadoras, como a laparoscopia com salpingostomia, o tratamento medicamentoso com metotrexato (MTX) e a conduta expectante.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

- CID 10 - O00** Gravidez ectópica
- CID 10 - O00.0** Gravidez abdominal
- CID 10 - O00.1** Gravidez tubária
- CID 10 - O00.2** Gravidez ovariana
- CID 10 - O00.8** Outras formas de gravidez ectópica
- CID 10 - O00.9** Gravidez ectópica, não especificada

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

Atentar sempre para a tríade clássica de dor abdominal, atraso menstrual e sangramento genital.³

Toda mulher em idade reprodutiva que se apresente com dor abdominal e sangramento vaginal deve ser submetida à investigação de gestação, mesmo que faça uso de método contraceptivo ou que a paciente se declare sexualmente inativa.²

As manifestações clínicas da gravidez ectópica geralmente aparecem seis a oito semanas após o último período menstrual normal, mas podem ocorrer mais tarde, especialmente se a gravidez ocorrer em um local extrauterino que não seja a tuba uterina.⁴

Na gestação ectópica íntegra podemos identificar atraso menstrual, dor abdominal discreta, sangramento genital variável, estabilidade hemodinâmica, abdome inocente e toque com dor discreta na região do anexo, o qual nem sempre é palpável.^{1,3}

As gestações ectópicas rotas podem se apresentar com atraso menstrual, dor sincopal e lancinante, dor escapular, sinais de choque hipovolêmico e irritação peritoneal; toque com abaulamento do fundo de saco vaginal posterior e dor importante (grito de Douglas).¹

Anamnese cuidadosa deve verificar fatores de risco, história prévia de cirurgia abdominal (gestação ectópica e laparotomia), data da última menstruação (DUM), uso de método contraceptivo e evolução da dor.⁵

No exame físico, avaliar: palidez cutaneomucosa, taquicardia, hipotensão arterial, descompressão brusca dolorosa à palpação abdominal, redução de ruídos hidroaéreos, presença de abaulamento no fundo de saco vaginal posterior e dor importante (grito de Douglas) ao toque vaginal. O exame especular se faz necessário para diferenciar o sangramento vaginal de origem uterina ou por lesão em colo ou vagina.⁵

O exame clínico nem sempre é elucidativo, sendo necessário dosar o beta-hCG e realizar ultrassonografia transvaginal.³ Devem ser feitos também hemograma completo, tipagem sanguínea e Rh e reserva de sangue na internação.^{4,5}

Quando o beta-hCG for positivo e a ultrassonografia transvaginal não conseguir identificar a localização da gestação, ou seja, não se visibiliza saco gestacional na cavidade uterina nem massa anexial, define-se como gravidez de localização desconhecida. Nesses casos, deverá ser solicitada dosagem de beta-hCG quantitativo. O valor discriminatório do beta-hCG comumente utilizado é de 2.000 mUI/ml, ou seja, com valores superiores a este, a localização da gestação deveria ser confirmada à ultrassonografia transvaginal.⁶

Contudo, os resultados de dosagem de beta-hCG podem variar entre laboratórios de acordo com o padrão internacional de interpretação e de acordo com a idade gestacional. Além disso, diversos fatores podem afetar a detecção precoce do saco gestacional, como experiência do profissional que realiza a ultrassonografia, qualidade do aparelho de ultrassom, presença de miomas, gestações múltiplas ou obesidade. Sendo assim, tem sido sugerido o uso de um valor discriminatório de beta-hCG de 3.510 mUI/ml com o objetivo de aumentar a acurácia do beta-hCG, diminuindo o risco de um falso diagnóstico de gestação ectópica.⁴

Os valores do beta-hCG tendem a aumentar em 35% ou mais a cada 48 horas na gravidez tópica viável.^{3,4} A ausência de saco gestacional tópico com beta-hCG acima da zona discriminatória, ou com curva de evolução anormal, ou títulos em declínio sugerem uma gravidez inviável; no entanto, não distinguem a gravidez ectópica de um abortamento.⁶

6- Critérios de Inclusão

Mulheres atendidas no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) com diagnóstico de gestação ectópica, confirmada pelo teste de gravidez positivo e ultrassonografia transvaginal ou durante a cirurgia de emergência por abdome agudo hemorrágico.

7- Critérios de Exclusão

Mulheres atendidas no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) com dor pélvica aguda, com teste de gravidez negativo, devido a outras causas de dor pélvica e sangramento anormal.

8- Conduta

A conduta na gestação ectópica inclui garantia de suporte clínico.

Poderá ser adotada conduta expectante se beta-hCG menor que 2.000 mUI/ml, em pacientes hemodinamicamente estáveis e sem sinais de irritação peritoneal, com possibilidade de fácil acesso ao serviço de saúde. Realizar controle de beta-hCG quantitativo a cada 48 a 72h.

No quadro a seguir se apresentam os critérios para realização de conduta medicamentosa com metotrexato (MTX)^{1,2,8} ou indicação de conduta cirúrgica.^{2,5,7}

CONDUTA MEDICAMENTOSA	CONDUTA CIRÚRGICA
Estabilidade hemodinâmica Ausência de contraindicação ao MTX (hemograma, função renal e enzimas hepáticas normais) Beta-hCG ≤ 5.000 mUI/ml Embrião sem atividade cardíaca Massa anexial < 40 mm íntegra Ausência de sinais de irritação peritoneal	Contraindicação à terapia com MTX Beta-hCG > 5.000 mUI/ml Massa anexial ≥ 40 mm Embrião com atividade cardíaca Gestação ectópica rota Sinais de irritação peritoneal Sinais de iminência de choque hemorrágico Pacientes incapazes de manter seguimento

Quadro 1. Critérios para tratamento medicamentoso e cirúrgico da gestação ectópica

8.1 Conduta Preventiva

Não se aplica.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

A conduta expectante na gravidez ectópica ainda não está bem-estabelecida, porém, poderá ser adotada se beta-hCG menor que 2.000 mUI/ml, em pacientes com pouca dor e pouco sangramento, hemodinamicamente estáveis, sem sinais de irritação peritoneal e que sejam capazes de manter o seguimento clínico.

Realizar controle de beta-hCG quantitativo a cada 48 horas e, após três dosagens mostrando níveis decrescentes, acompanhar com dosagens semanais até atingir níveis pré-gravídicos.^{1,3} **Os principais critérios de sucesso na conduta expectante são: valores iniciais baixos do beta-hCG e declínio desses títulos em 48 horas.**¹

Diante de sinais de irritação peritoneal e iminência de choque hemorrágico, a conduta é cirúrgica.^{1,7} Podem ser feitas laparotomia exploradora ou laparoscopia com salpingectomia ou salpingostomia.^{1,7} A laparotomia deve ser indicada em casos de instabilidade hemodinâmica.⁶

A salpingectomia está indicada nas pacientes com prole constituída, nos casos de lesão tubária irreparável, nas tentativas de salpingostomia com sangramento persistente, quando ocorre recidiva de gravidez ectópica na mesma tuba e quando os títulos da beta-hCG são muito elevados (valores superiores a 5.000 mUI/ml estão associados a invasão do trofoblasto da camada muscular até a serosa da tuba, comprometendo a preservação da mesma pois há maior risco de rotura, de gravidez ectópica persistente e de nova gravidez ectópica na mesma trompa).⁶

Nas condutas conservadoras, é importante obter a concordância da gestante e assegurar o seguimento.⁵ Um dos riscos da cirurgia conservadora com salpingostomia é a persistência de tecido trofoblástico, portanto, é importante acompanhar a evolução dos títulos de beta-hCG no pós-operatório.^{6,7} Títulos em declínio requerem apenas acompanhamento; por outro lado, quando estável ou em ascensão, está indicado tratamento com dose única de MTX (50 mg/m², intramuscular).⁶

8.3 Tratamento Farmacológico

Os critérios para tratamento medicamentoso com metotrexato (MTX) estão descritos no quadro 1. Este medicamento está padronizado apenas para uso na atenção hospitalar. É obrigatório Termo de Consentimento Livre Esclarecido assinado nestes casos.

Antes de iniciar o tratamento, devem ser realizados os seguintes exames de rotina: hemograma completo, dosagem de enzimas hepáticas (transaminase oxalacética – TGO ou AST e transaminase pirúvica – TGP ou ALT), ureia, creatinina e tipagem sanguínea ABO-Rh.^{3,4}

Em 40% dos casos, pode ocorrer dor abdominal com o uso do MTX, que aparece entre o terceiro e o sétimo dias após a aplicação. Quando a dor é intensa e persistente, avaliação clínica pormenorizada deve ser realizada juntamente com análise do hematócrito e ultrassonografia transvaginal para descartar ruptura tubária.⁶

8.3.1 Fármaco(s)

O metotrexato (MTX) é um antagonista do ácido fólico que inativa a di-hidrofolato redutase e inibe síntese de DNA e reprodução celular, principalmente em células em proliferação ativa, como células malignas e trofoblasto.^{1,6} O MTX é rapidamente eliminado pelos rins, com 90% de uma dose intravenosa (IV) excretada inalterada dentro de 24 horas após a administração.⁸

Efeitos colaterais ou reações adversas mais frequentes são: distensão abdominal, sangramento genital, leve dor abdominal, estomatite ulcerativa, leucopenia, náusea, indisposição, fadiga, calafrios, febre, tonturas, resistência reduzida à infecção e excepcionalmente aplasia transitória de medula. As ulcerações da mucosa oral são geralmente os sinais precoces de toxicidade.

A coadministração dos inibidores da bomba de prótons (IBP) com metotrexato pode reduzir a depuração deste, o que provoca níveis plasmáticos elevados de metotrexato com sinais e sintomas clínicos de toxicidade por este medicamento. O uso concomitante de IBP e metotrexato em alta dose deve ser, portanto, evitado, especialmente em pacientes com comprometimento renal.

As **contraindicações** ao uso de metotretaxo são: **gravidez intrauterina**; imunodeficiência; anemia moderada ou intensa; leucopenia (leucócitos < 2.000 / mm³) ou trombocitopenia (plaquetas < 100.000 / ml); sensibilidade prévia ao MTX; doença pulmonar ativa; úlcera péptica ativa; disfunção hepática e renal clinicamente importante; amamentação; gravidez ectópica rota.

São consideradas contraindicações relativas: presença de embrião apresentando batimentos cardíacos; declínio dos títulos da beta-hCG no intervalo de 24 a 48 horas antes do tratamento; recusa antecipada da paciente em receber transfusão sanguínea em caso de rotura e impossibilidade de manter acompanhamento clínico.^{1,2,8}

Os medicamentos descritos nesse protocolo encontram-se padronizados na REME-DF conforme descrito abaixo:

CÓDIGO REME-DF	MEDICAMENTO (nome, apresentação)	LOCAL DE DISPENSAÇÃO (nível de atenção)
90779	metotrexato solução injetável 500 mg, frasco-ampola	Uso Hospitalar
90777	metotrexato solução injetável 500 mg, frasco-ampola 2 ml	Uso Hospitalar
90532	folinato de cálcio 50 mg injetável frasco-ampola	Uso Hospitalar
90519	folinato de cálcio cápsula ou comprimido (equivalente 15 mg ácido folínico)	UBS e uso Hospitalar

Quadro 2. Medicamentos utilizados para tratamento da gestação ectópica

8.3.2 Esquema de Administração

Esquemas de administração do Metotrexato solução injetável 50mg frasco-ampola 2mL

Esquema de dose única (primeira opção): MTX 50 mg/m² (usando fórmula para cálculo de área de superfície corporal = raiz quadrada [(cm X kg) / 3600] por via intramuscular (IM). Para rápido cálculo de área corporal, acessar <https://www.perinatology.com>.

Acompanhamento: dosagens de beta-hCG realizadas no dia da administração, no 4º e no 7º dia após o emprego da substância. Devido à persistência da proliferação do trofoblasto e o lapso temporal entre a aplicação e o início de ação do metotrexato, geralmente ocorre aumento dos níveis de beta-hCG até o 4º dia após o MTX.⁶ Por isso, a comparação do beta-hCG deve ser entre o 7º e o 4º dia após a aplicação. As pacientes com redução dos títulos de beta-hCG acima de 15% apurados entre o 4º e o 7º dia apresentam bom prognóstico, devendo ser acompanhadas com dosagens semanais de beta-hCG quantitativo, até atingir níveis pré-gravídicos. Quando houver queda inferior a 15% no 7º dia em relação ao 4º dia após o MTX, deverá ser administrada nova dose de quimioterápico (50 mg/m² IM) após repetir os exames de rotina e repetir seguimento com dosagens seriadas de beta-hCG quantitativo semelhante ao da primeira dose. Caso não ocorra queda dos títulos, pode-se realizar uma terceira dose.^{1,3,6,8}

Esquema de duas doses: MTX 50 mg /m² por via intramuscular nos dias 1 e 4.

Acompanhamento: dosagem de beta-hCG deve ser realizada no 4º dia e 7º dia após segunda dose. As pacientes com redução dos títulos de beta-hCG acima de 15 % entre o 4º e o 7º dia, apresentam bom prognóstico, devendo ser acompanhadas com dosagens semanais do beta-hCG quantitativo até negativar sua dosagem. Quando houver queda inferior a 15 % no 7º dia em relação ao 4º dia após MTX, deverá ser administrado nova dose de quimioterápico após repetir os exames de rotina, na mesma dose anterior (50 mg/ m² IM) e repetir seguimento com dosagens seriadas de beta-hCG quantitativo semelhante ao da primeira dose. Esse esquema tem eficácia e segurança semelhante ao tratamento com dose única, no entanto apresenta melhores resultados com títulos do beta-hCG entre 3.600 e 5.000 mUI/ml ^{3,6}.

Esquema de dose múltipla: MTX 1 mg/ kg por via intramuscular nos dias 1, 3, 5 e 7, alternando com folinato de cálcio na dose de 0,1 mg/ kg via oral ou intramuscular nos dias 2, 4, 6 e 8.

Acompanhamento: dosar beta-hCG antes de cada aplicação de MTX. Caso o título caia mais de 15 % nesse intervalo, não é necessária uma nova dose de MTX. Não se recomenda usar mais de 4 doses do quimioterápico. Novo ciclo deverá ser iniciado no 14º dia, caso os títulos

de beta-hCG estejam acima de 40% do valor inicial. Metade das pacientes não necessitará de quatro doses do MTX^{6,8}.

Esse esquema de múltiplas doses está indicado para casos de localização atípica da gravidez ectópica, como gestação intersticial (cornual), cervical e na cicatriz de cesárea. Na localização atípica, os títulos do beta-hCG podem ser superiores a 5.000 mUI/ml.⁶

Esquema de MTX local: MTX 1mg/kg dentro do saco gestacional guiado por ultrassonografia transvaginal. Ministrado localmente na gravidez ectópica, mediante injeção com agulha calibre 20G ou 22G através de guia acoplado no transdutor transvaginal. As principais indicações são a presença de embrião vivo ou nos casos de localização atípica da gravidez ectópica.^{1,6}

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

O esquema de dose única, dupla dose ou múltiplas doses de MTX deve ser acompanhado com dosagens seriadas de beta-hCG quantitativo. A cirurgia está indicada caso surjam sinais de rotura da gestação ectópica, como instabilidade hemodinâmica ou aumento significativo da dor abdominal, ou elevação dos títulos de beta-hCG após o tratamento com MTX.⁶

9- Benefícios Esperados

O diagnóstico e tratamento oportuno evita complicações, inclusive óbito materno. Os esquemas de dose única, dupla dose e múltiplas doses com MTX apresenta bom prognóstico, evitando intervenção cirúrgica, permitindo a possibilidade de gestação futura.

10- Monitorização

Recomenda-se realizar dosagem de beta-hCG quantitativo de acordo com a conduta empregada, expectante ou medicamentosa com MTX, até atingir níveis pré-gravídicos.¹ Em geral, os títulos ficam negativos em 2 a 4 semanas; no entanto, casos com títulos iniciais de beta-hCG elevados podem precisar de até oito semanas para os níveis regredirem.^{2,6}

Naquelas pacientes que fizerem uso de MTX, deve-se evitar:^{6,8}

- Relações sexuais até os títulos do beta-hCG ficarem negativos;
- Exposição solar para diminuir o risco de dermatites pelo MTX;
- Bebidas alcoólicas, inibidores de bomba de prótons e aspirina;
- Comidas e vitaminas que contenham ácido fólico;
- Nova concepção até o desaparecimento da gravidez ectópica na ultrassonografia transvaginal e por período de três meses após a utilização do MTX (risco de teratogenicidade).

A ultrassonografia transvaginal seriada ou não após o tratamento conservador, expectante ou com MTX, é incapaz de prever o sucesso do tratamento, portanto, além de desnecessária não é recomendada, exceto quando existe suspeita de ruptura tubária.^{1,8}

É obrigatório realizar imunoglobulina anti-D nas pacientes Rh negativo.^{6,8}

11- Acompanhamento Pós-tratamento

A Histerossalpingografia para avaliação de permeabilidade das tubas poderá ser realizada 6 meses após os níveis de beta-hCG negativarem.⁶

Recomenda-se que mulheres que fizeram tratamento com MTX não engravidem por no mínimo três meses e principalmente antes do beta-hCG negativar.^{4,6} Por isso, é importante o uso de método contraceptivo neste período.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Vide Anexo 1.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A regulação e controle deve ser feita através da avaliação dos indicadores de saúde. A adequada implantação deste protocolo poderá impactar na redução da morbidade e mortalidade materna no primeiro trimestre gestacional.

Além disso, permitirá que mais pacientes sejam tratadas por meio de condutas conservadoras, como a laparoscopia com salpingostomia, o tratamento medicamentoso com metotrexato (MTX) e a conduta expectante.

Atualmente, os seguintes procedimentos estão incluídos na SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS):

- 04.11.02.004-8 - TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA
- 02.02.07.029-8 - DOSAGEM DE METOTREXATO
- 02.04.05.006-5 - HISTEROSSALPINGOGRAFIA

14- Referências Bibliográficas

1. Elito J Jr. Gravidez ectópica. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, nº 22/Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas).
2. Tubal ectopic pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 193. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2018; 131: e91–103.
3. Elito Junior J. Gestação ectópica: avanços recentes. In: Federação Brasileira das associações de Ginecologia e obstetrícia; Urbanetz AA, Lus SH, organizadores. PROAGO programa de atualização em ginecologia e Obstetrícia: ciclo14. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p103-41(Sistema de Educação Continuada a Distância, v.2)

4. Tulandi, T (2022). Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. In *UpToDate*. Acessado em março/2022. <https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy>
5. MS. Manual Técnico de Gestação de Alto Risco. 5ª. Edição. Brasília. DF. 2010.
6. Elito Junior J, Montenegro NAMM, Soares RC, Camano L. Gravidez ectópica não rota – diagnóstico e tratamento. Situação atual. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30 (3):149-59
7. Tulandi, T (2022). Ectopic pregnancy: Surgical treatment. In *UpToDate*. Acessado em março/2022. <https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy>
8. Tulandi, T (2022). Ectopic pregnancy: Methotrexate therapy. In *UpToDate*. Acessado em março/2022. <https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy>

ANEXO 1

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA CONDUTA EM CASOS DE GESTAÇÃO ECTÓPICA.

Eu (ou responsável legal), _____, portadora (o) de documento de identidade _____, de maneira livre e consciente, confirmo que fui orientada (o) pela equipe de saúde do meu diagnóstico de GESTAÇÃO ECTÓPICA, o que significa que apresento uma gestação a qual tem implantação e desenvolvimento do ovo (embrião/ feto) fora da cavidade corporal uterina. Fui informada que essa gestação não se desenvolve como uma gestação intrauterina e apresenta uma mortalidade materna alta, devido a uma incidência maior de complicações como hemorragia e até óbito. Confirmo também que fui orientada que a **conduta expectante pode ser adotada quando:** 1) Níveis de dosagem de beta-hCG quantitativo for igual ou inferior a 2.000 mUI/ml, sem sintomas; 2) Níveis de dosagem de beta-hCG quantitativo superior a 2.000 mUI/ml e igual a inferior a 5.000 mUI/ml, com ultrassonografia mostrando saco gestacional com limites e critérios específicos; compatível com seguimento clínico e administração do metotrexato. E a **conduta cirúrgica está indicada quando:** 1) Níveis de dosagem de beta-hCG quantitativo superior a 5.000 mUI/ml; massa anexial maior que 4 cm; ou sinais clínicos de sangramento abdominal. Para evitar complicações, está indicado cirúrgica por laparoscopia ou por laparotomia, podendo haver necessidade de retirar trompa, ovário e útero em caso de sangramento importante ou outras complicações durante ato cirúrgico. Também fui orientada que o metotrexato é um quimioterápico que pode apresentar **efeitos colaterais ou reações adversas**, sendo as mais frequentes: estomatite ulcerativa (aftas na boca), plaquetopenia e leucopenia (baixa de plaquetas e de glóbulos brancos do sangue), excepcionalmente aplasia transitória de medula; náuseas e desconforto abdominal; indisposição, fadiga, calafrios, febre, tonturas; resistência reduzida às infecções e outras complicações menos frequentes. Assim, ciente dessas orientações,

() CONSENTO que se faça procedimento clínico ou cirúrgico para a resolução da gestação ectópica de acordo com protocolo estabelecido pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Brasília, ____ / ____ / ____.

Assinatura da Paciente:

Assinatura do Médico 1:

Assinatura de Familiar:

Assinatura do Médico 2:

() NÃO CONSENTO o tratamento clínico da gestação ectópica .

() NÃO CONSENTO o tratamento cirúrgico da gestação ectópica.

Brasília, ____ / ____ / ____.

Assinatura da Paciente:

Assinatura do Médico 1:

Assinatura de Familiar:

Assinatura do Médico 2:
