

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE ECOCARDIOGRAFIA SOB ESTRESSE
FARMACOLÓGICO**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p align="center">Cole aqui a etiqueta</p> </div> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ___/___/___</p> <p align="center">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p>	<p>Nome: _____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

Eu autorizo o Dr. _____ CRM N°: _____ a realizar uma ECOCARDIOGRAFIA SOB ESTRESSE FARMACOLÓGICO e, em caso de necessidade, qualquer procedimento adicional essencial para a estabilidade clínica.

1. Eu compreendo que o exame de ecocardiografia sob estresse farmacológico é um exame de ultrassom do coração, associado ao uso de medicações endovenosas, que estimulam o coração, possibilitando uma melhor avaliação do desempenho do mesmo.
2. Fui informado sobre as contraindicações para a realização do exame, que são arritmias cardíacas complexas, hipertensão arterial sistêmica descontrolada, quadros de demências, doenças degenerativas tipo Parkinson avançado, glaucoma, reações adversas em exame anterior.
3. Compreendo sobre a necessidade de jejum de 06 horas antes do exame e das restrições específicas como café, chás estimulantes ou bebidas tipo cola.
4. Entendo que os medicamentos administrados durante o exame podem ter efeitos colaterais e estou ciente que, conforme a avaliação do cardiologista que estará acompanhando o exame poderá ser necessário a interrupção do mesmo ou requerer internação e/ou algum outro procedimento.
5. Estou ciente que no dia do exame, após a realização do mesmo, o paciente não deverá dirigir ou realizar atividades que exijam atenção, reflexo e raciocínio.
6. Recebi do meu médico todas as informações necessárias para que eu pudesse tomar a decisão e aceitar as condutas adotadas para o meu tratamento.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que **ECOCARDIOGRAFIA SOB ESTRESSE FARMACOLÓGICO** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **ECOCARDIOGRAFIA SOB ESTRESSE FARMACOLÓGICO** proposta.

Campinas, ____ de _____ de _____.

_____	_____
Médico	Paciente ou Representante ou Responsável
Testemunha: _____	R.G.: _____
Testemunha: _____	R.G.: _____

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE ECOCARDIOGRAFIA SOB ESTRESSE
FARMACOLÓGICO**

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: _____

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável