

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE ERGOMÉTRICO

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

Eu autorizo o Dr. _____ CRM N°: _____ a realizar um **TESTE ERGOMÉTRICO** e, em caso de necessidade, qualquer procedimento adicional essencial para a estabilidade clínica.

1. Eu fui informado e compreendo que o exame Teste Ergométrico será realizado em esteira rolante com possibilidade do aparecimento de sintomas como: cansaço, falta de ar, dor no peito, etc., sendo mínimas as chances de ocorrerem complicações de difícil controle clínico ou acidentes como quedas. Estou ciente que o exame tem como finalidades principais avaliar as respostas cardiovasculares tais como: Variação da pressão arterial, frequência cardíaca e arritmias, e indicações tais como: Na doença arterial coronária, na hipertensão arterial, nas arritmias, na população sadia ou aparentemente normal. Além de permitir diagnóstico de doença coronariana, frente à aplicação de esforço físico progressivo.
2. Estou ciente das contraindicações, que são para os Portadores de doença arterial coronária que estão instáveis (sintomas progressivos ou que ocorrem em repouso, angina instável, infarto em evolução) ou que apresentam obstrução no tronco da artéria coronária esquerda ou equivalente; pacientes que tenham: Arritmias não controladas; Miocardites e pericardites agudas; Estenose aórtica grave; Hipertensão arterial grave; Embolia pulmonar; Qualquer enfermidade aguda; Limitação física ou emocional e paciente que tenha sofrido Intoxicação medicamentosa; Gestação.
3. Entendo que, conforme a avaliação do médico que estará acompanhando o exame poderá ser necessária à interrupção do exame ou requerer internação e/ou algum outro procedimento.
4. 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 o **TESTE ERGOMÉTRICO** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize o **TESTE ERGOMÉTRICO** proposto.
Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE TESTE ERGOMÉTRICO**

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

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