

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE DE ESFORÇO EM ESTEIRA DE ERGOMETRIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
MÉDICO:
CRM:

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

1. Leu com atenção o questionário abaixo e assinalou a próprio punho as respostas conforme a sua realidade:

QUESTIONÁRIO PARA A REALIZAÇÃO DE TESTE DE ESFORÇO

- a) Pratica esportes ou exercícios físicos com frequência? Sim () Não ()
- b) Qual a sua atividade de trabalho? _____
- c) Tem dor no peito? Sim () Não ()
- d) Dor frequente no peito? Sim () Não () Como é a dor no peito? _____
- e) Esteve internado em hospital por doença de coração ? Sim () Não () Qual a doença: _____
- f) Toma remédios todos os dias? Sim () Não () Quais? _____
- g) Já teve ou tem exames de sangue alterados? Sim () Não () Qual? _____
- h) Fuma? Sim () Não () Qual frequência? _____
- i) Tem pressão alta? Sim () Não ()
- j) Você sofre de estresse, muita preocupação? Sim () Não ()
- k) Tem parentes de 1º e/ou 2º grau com os seguintes problemas?
- Diabetes: Sim () Não ()
- AVC (derrame cerebral): Sim () Não ()
- Infarto (ataque cardíaco): Sim () Não ()
- Pressão alta: Sim () Não ()
- Morte súbita: Sim () Não ()

2. Estou ciente que o teste de esforço (ergometria) consiste em um exame diagnóstico, para o rastreamento de doenças artérias coronarianas, além de ser ferramenta para avaliação de capacidade física e cardiorrespiratória, servir de ferramenta para avaliação de risco cardíaco pré-operatório, aliado ao exame físico e demais exames complementares.

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE DE ESFORÇO EM ESTEIRA DE ERGOMETRIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

3. Estou ciente que o teste de esforço (ergometria) consiste na realização de registros eletrocardiográficos antes, durante e após o esforço, acrescido da monitorização contínua do eletrocardiograma, somada à medidas seriadas da pressão arterial. É realizado por equipe multidisciplinar, composta por médico(a) cardiologista, enfermeiro(a) e técnico(a) em enfermagem.

4. Estou ciente que o exame pode ser interrompido quando se atingem os critérios pré-definidos, se surgir qualquer tipo de anormalidade que possa colocar o paciente em risco ou quando for da vontade do paciente – solicitação verbal para “parar”.

5. Estou ciente que durante o teste poderão surgir palpitações, tonturas, dispneia, precordialgia, mal estar, podendo estas estarem relacionadas a algum tipo de complicações, mas em geral o teste ergométrico é um exame bastante seguro, com 1 complicação para cada 2000 exames e 1 óbito para cada 10.000 exames.

6. Estou ciente que o exame em questão possui risco de queda na esteira, sobretudo caso o paciente não se segure firmemente na barra de apoio. Em razão disso, o paciente declara que se compromete a segurar na barra de apoio durante todo o exame, para evitar a ocorrência de queda, bem como se compromete a informar a equipe caso esteja sentido tontura ou algum mal estar.

7. Estou ciente que durante e logo após o exame, em caso de tontura, preciso manifestar essa sensação à equipe de acompanha o exame, bem como devo aumentar os meus cuidados para evitar a ocorrência de queda.

8. Estou ciente que o exame em questão é uma obrigação de meio, motivo pelo qual não é possível dar qualquer garantia de resultado.

9. Estou ciente que, na hipótese de ser necessária a repetição do exame, por motivo não atribuível a uma falha da equipe executora, o paciente terá que arcar novamente com os custos do exame.

10. Estou ciente da técnica, dos riscos e da finalidade do exame, motivos pelos quais concordo voluntariamente em submeter-me ao teste de esforço em esteira ergométrica, e, assim, AUTORIZO o médico acima identificado e sua equipe a adotar as medidas necessárias para a execução do mesmo e solução de eventuais alterações que possam surgir durante o teste.

Lajeado, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável pelo Paciente
 Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a.) _____, CRM: _____, abaixo assinado, declaro que coletei o consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura