

Clínica: **Medicina Nuclear**

Seguindo recomendações do Conselho Federal de Medicina e em respeito a você, gostaríamos de prestar os seguintes esclarecimentos:

O Teste Ergométrico é um exame de ampla utilização na medicina, cujas principais indicações são: identificar a doença coronariana, detectar arritmias, avaliar o comportamento da pressão arterial e a aptidão física do indivíduo, fornecendo dados valiosos para o diagnóstico, prognóstico e tratamento dos pacientes.

Para a sua correta realização, precisamos raspar os pêlos de alguns pontos do tórax e do abdome e friccionar a pele com gaze e álcool, para remover a oleosidade natural destas áreas, onde serão colocados eletrodos descartáveis. Embora na grande maioria das vezes esse processo seja bem tolerado, é possível que, ocasionalmente, ocorra algum desconforto por reações alérgicas ou hipersensibilidade individual. Nestes casos, recomendamos evitar exposição ao sol nos dias subsequentes, podendo ser usado hidratante ou creme dermatológico, sob orientação médica.

O paciente realizará o exercício físico correndo em uma esteira ergométrica. Progressivamente o médico aumentará a velocidade e/ou a inclinação do aparelho, até o limite tolerado. A interrupção do exercício poderá ser solicitada pelo paciente a qualquer momento, devido ao cansaço ou outros sintomas. Eventualmente, o próprio médico que acompanha o exame poderá interrompê-lo, se julgar necessário. Aqueles pacientes que apresentarem alguma limitação pré-teste para realização do exercício físico realizarão o estresse farmacológico. Nestes casos, doses pré-estabelecidas dos agentes Dipyridamol ou Dobutamina serão administradas endovenosamente.

Apesar de todos os cuidados na realização deste exame, alguns incidentes podem ocorrer, incluindo queda da esteira, elevação ou queda da pressão arterial, arritmias, angina (dor) do peito, cefaleias e tonturas. Este exame pode identificar, com segurança, a grande maioria dos pacientes que apresenta doença coronariana importante e salvar muitas vidas. Entretanto, em circunstâncias extremamente raras, pode ocorrer infarto ou morte. Lembramos que esses casos excepcionais (menos de 0,01% de óbitos na maioria das estatísticas mundiais) geralmente ocorrem em quem possui doença severa do coração e que esses indivíduos com alto risco, podem apresentar as mesmas complicações em qualquer outra circunstância, inclusive dormindo e geralmente longe dos recursos necessários para tentar revertê-las. Para essas situações, dispomos de equipamento de

ressuscitação e profissionais habilitados. Informamos ainda que, durante todo o exame, o médico estará ao seu lado monitorando o eletrocardiograma, a pressão arterial, frequência cardíaca e sintomas que você relatar.

Desde já nos encontramos a sua disposição para quaisquer outros esclarecimentos, que poderão ser prestados, pelos componentes da equipe de ergometria que irá atendê-lo(a).

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO:

Declaro que li ou foram lidas para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre as inconveniências, riscos, benefícios e eventos adversos que podem ocorrer em consequência do procedimento e que as compreendi. Autorizo de forma livre a realização do tratamento/procedimento proposto _____ . Considero-me suficientemente esclarecido pois as explicações em palavras apropriadas foram fornecidas a mim, familiar e o responsável. Sugerimos que retorne ao Hospital Felício Rocho, ou entre em contato com seu médico em caso de complicações ou dúvidas. A equipe da Medicina Nuclear encontra-se à disposição para qualquer outro esclarecimento que V. S^a necessite. Considerando as previsões dos artigos 22 e 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 2217 DE 27/09/2018) e dos artigos 6º, inciso III e 39, inciso VI da Lei 8.078/90, que garantem ao paciente informação sobre seu estado de saúde:

Eu, _____, data de nascimento ____/____/____ residente no endereço _____, documento de identidade número _____, com _____ anos de idade na presente data, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo(a) médico(a), Dr(a) _____ CRM _____ de forma clara sobre a finalidade, os benefícios, e os riscos do procedimento a que vou me submeter, bem como sobre as suas eventuais complicações. Caso necessário, autorizo a tomada de providências para solucionar qualquer intercorrência em função do procedimento realizado. Assim sendo, () AUTORIZO () NÃO AUTORIZO a realização do referido procedimento e, para tanto, assino o presente documento. No caso de, no futuro, tornar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante:

_____.

Assim sendo, concordo com o tratamento/procedimento proposto _____, inclusive a transfusão de hemocomponentes e a realização de outros procedimentos invasivos e terapias alternativas se necessário for, e, para tanto, assino o presente documento, por ser esta a expressão livre e consciente de minha vontade.

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

TESTE DE ESTRESSE

Estou ciente de que poderei revogar o presente termo de consentimento a qualquer momento, bastando para tanto que comunique minha decisão ao (a) meu/minha médico (a) e assine a Revogação, no momento da declaração da vontade de não realização do procedimento acima proposto.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20 ____, Hora: __:__

Assinatura do paciente / Responsável

Assinatura / Carimbo do médico responsável

Revogação deste Consentimento: Belo Horizonte, __/__/__, Hora: __:__.

Assinatura do paciente ou responsável