

Paciente:	
Data de nascimento: ____/____/____	Prontuário:
Nome da mãe:	

Resumo da patologia e do procedimento

O teste ergométrico (ou teste de esforço) é um exame cardiológico que avalia o comportamento do sistema cardiovascular sob esforço físico. O paciente caminha ou corre em uma esteira, enquanto sua atividade elétrica cardíaca (eletrocardiograma), pressão arterial e frequência cardíaca são continuamente monitoradas

Riscos e complicações

O teste ergométrico é seguro, mas exige esforço físico. Os riscos graves (como infarto ou arritmias severas) são raríssimos, ocorrendo em cerca de 1 a cada 10.000 exames. Complicações leves, como tontura ou dor no peito, são um pouco mais comuns, mas o exame é interrompido imediatamente se houver alterações

Comuns: Cansaço físico, dor muscular, tontura leve e palpitações provisórias.

Raras: Crises hipertensivas, arritmias cardíacas complexas e desmaios (síncope).

Excepcionais: Infarto agudo do miocárdio, edema agudo de pulmão ou parada cardiorrespiratória.

Interrupção do teste:

Compreendo que o teste pode ser parado ou interrompido a qualquer momento se:

- Eu solicitar a interrupção por exaustão ou desconforto
- O médico identificar alterações no eletrocardiograma ou na pressão arterial que coloquem minha segurança em risco.

Declaração do Paciente:

- Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao **Teste Ergométrico**, bem como da realização de procedimentos ao(s) qual(is) será submetido o paciente, complementando as informações prestadas pelo médico responsável e pela equipe de colaboradores da SCMSSP;
- Estou ciente que a **Teste Ergométrico** é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do paciente. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições;
- Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-procedimento e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar prejuízo nos resultados normalmente esperados;
- Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de um procedimento, cujo acompanhamento foi abandonado pelo(a) paciente;
- Declaro que foram observadas todas as orientações prévias e necessárias para a realização do procedimento, bem como declaro que foram fornecidas todas as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, **sem nada ocultar**, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações;
- Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis decorrentes deste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes;
- Declaro estar ciente de que o não cumprimento das orientações médicas pode comprometer significativamente o resultado do procedimento.
- Comprometo-me a comparecer pontualmente a todas as consultas de retorno agendadas e a comunicar imediatamente à equipe médica qualquer intercorrência, anormalidade ou complicação que venha a apresentar no período pós-procedimento;
- Declaro compreender que, durante o procedimento, podem surgir situações imprevistas que exijam procedimentos adicionais, modificações da técnica planejada, autorizando a equipe médica a tomar todas as decisões que julgar necessárias para minha segurança e melhor resultado terapêutico;
- Autorizo o registro fotográfico, em vídeo ou outros meios, do procedimento cirúrgico e evolução pós, exclusivamente

para fins médicos, científicos, educacionais ou de documentação no prontuário, garantindo-se a preservação da minha identidade;

11. Consinto com a utilização dos dados clínicos relacionados ao meu caso para fins de pesquisa científica e estatística, desde que preservada minha identidade e mantido o sigilo médico;

13. Declaro ter sido informado sobre a possibilidade de necessidade de novos procedimentos como esse;

14. Li o presente termo e recebi os esclarecimentos necessários de forma compreensível pelo médico responsável e equipe;

15. Fui informado sobre o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto;

16. Fui informado, ainda, que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

17. Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização **Teste Ergométrico**.

TERMO DE REVOGAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de REVOGAR este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

() Paciente () Responsável

Grau de Parentesco: _____

Nome: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Horário: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico: _____

Assinatura: _____ CRM-MG: _____

Data: ____/____/____ Horário: _____

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de consentimento Informado, por tratar-se de EMERGÊNCIA.

TESTEMUNHAS**1ª Testemunha**

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

INFORMAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA QUE DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA AO HOSPITAL

- Todos os documentos pessoais.
- Exames realizados.
- Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou guia do plano de saúde autorizada;
- Avaliação Pré-anestésica;
- Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.

ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- Caso faça uso de medicamentos, fique atento:

- Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muita pouca água;
- Diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros;
- Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.
- Em caso de febre ou mal-estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- A remoção dos pelos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS

- É muito importante a conscientização e, se possível, a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.
- Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação.
- Qualquer dúvida, pergunte ao seu médico.
- Para mais informações e doações, entre em contato com a Unidade do Hemominas de São Sebastião do Paraíso.

São Sebastião do Paraíso - MG _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável
CPF: _____