
	FORMULÁRIO	
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME DE ESTEIRA ERGOMÉTRICA</b>	FO – JUR
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
<b>NOME DO PACIENTE:</b>
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>
<b>CPF OU RG:</b>
<b>NOME DA MÃE DO PACIENTE:</b>
<b>NOME DO RESPONSÁVEL:</b>
<b>CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:</b>
<b>EXAME A SER REALIZADO:</b>

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

- Está ciente que vai realizar um exame que meu médico assistente solicitou por achar necessário para melhor esclarecimento e acompanhamento de minha situação clínica.
- Fui informado que o Teste Ergométrico é um método de diagnóstico utilizado para a avaliação da pressão arterial, da aptidão física e na identificação de arritmias e de isquemia (redução do fluxo sanguíneo) no coração.
- Para a realização do exame, autoriza raspar os pelos (se tiver) de certos pontos do tórax, onde serão colocados eletrodos descartáveis. Estas áreas serão também desengorduradas. Para tal será necessário friccionar a pele com gaze e álcool. Este processo pode provocar algum desconforto, mas é bem tolerado pela imensa maioria dos pacientes e é fundamental para obtermos um eletrocardiograma de boa qualidade e diagnósticos mais precisos.
- Está ciente que raramente pode ocorrer maior irritabilidade em função de reações alérgicas ou de sensibilidade individual. Nestes casos, recomendamos evitar a exposição ao sol nos dias subsequentes, podendo ser usado um hidratante no local ou um creme dermatológico, se necessário, sob a orientação médica.
- Está ciente que o exercício físico será executado numa esteira ergométrica, que simula uma caminhada. Haverá uma dificuldade progressiva, pelo aumento da velocidade e/ou inclinação do aparelho, até o limite tolerado pelo paciente.
- Está ciente que a interrupção do esforço poderá ser solicitada verbalmente a qualquer momento, devido ao cansaço ou outros sintomas provocados pelo exercício. Eventualmente o médico que acompanha o procedimento, poderá encerrá-lo, se julgar conveniente.
- Está ciente que a sensibilidade do exame para identificar isquemia é de cerca de 70%; ou seja, em 100 pessoas com obstrução coronariana significativa, 70 serão diagnosticadas por este teste. Portanto, como todo exame complementar, o teste ergométrico também têm limitações, não alcançando 100% de eficácia diagnóstica. **Em razão disso, reconhece que o exame em questão é uma obrigação de meio, motivo pelo qual não garante resultado de diagnóstico.**
- Está ciente que existe a possibilidade de ocorrerem complicações durante o teste, o que inclui: *queda da esteira, resposta anormal da pressão arterial, arritmias, angina (dor) do peito, tonteados, e em circunstâncias extremamente raras, infarto e morte.* Lembramos que estes casos graves e excepcionais (infarto e morte) geralmente ocorrem em quem possui doença grave do coração; ou seja, representa menos de 0,01% de óbitos nas estatísticas mundiais.

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO          PARA REALIZAÇÃO DE EXAME DE          ESTEIRA ERGOMÉTRICA</b>	FO – JUR
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

9. Está ciente que, para minimizar o risco de eventos adversos, durante o exame o médico acompanhará os sinais vitais (pulso/pressão arterial), bem como o paciente ficará sob a análise contínua do eletrocardiograma, com equipamentos e pessoal treinado para agir de imediato em situações de emergência.
10. Está ciente que o exame não poderá ser realizado com jejum maior do que 2 (duas) horas.
11. Autoriza a transmissão das imagens geradas pela internet, seja por e-mail, ou por outra forma, a fim de facilitar o contato entre médicos e o acesso aos dados do exame realizado.
12. Autoriza a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise assegurar o controle clínico e a saúde do paciente.
13. Autoriza o uso dos dados do exame para finalidades científicas, obedecendo a confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente aos comitês de ética em pesquisa.
14. Teve a oportunidade de fazer perguntas sobre o exame, recebendo respostas e esclarecimentos sobre as eventuais dúvidas em linguagem de fácil compreensão.
15. Fui informado que necessito cumprir integralmente as orientações médicas prescritas, bem como que devo buscar imediatamente atendimento médico após o exame, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma diverso da normalidade.
16. Estou ciente que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento antes da realização do exame, e não me submeter a este, sem que isso implique em restrição a atendimento hospitalar futuro.
17. Estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado, bem como que o resultado de um exame complementar deve ser interpretado junto com os demais dados de minha história clínica, para um diagnóstico mais eficaz, o que deve ser feito com o auxílio de consulta com o meu médico.
18. Diante do exposto, declaro que compreendo e que assumo os riscos inerentes ao exame, pelo que **AUTORIZO** a equipe médica e assistencial do Hospital Bruno Born a realizar o **EXAME DE ESTEIRA ERGOMÉTRICA**.

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 \_\_\_\_\_, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

\_\_\_\_\_  
**Médico(a) – Assinatura**