

**TERMO DE CIÊNCIA/CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXAME DE ECOCARDIOGRAMA SOB ESTRESSE FÍSICO / FARMACOLÓGICO**

**PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade No.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Obs: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

**REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade No.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Estou ciente que serei submetido a um exame complementar solicitado por meu médico assistente. Declaro que recebi informações suficientes sobre o exame, bem como os procedimentos envolvidos com o mesmo e também seus riscos, problemas potenciais e complicações. Entendo que meu exame será realizado por um médico e que, no caso de ser sob estresse farmacológico, haverá a necessidade de acesso (punção) em veia periférica para a infusão de medicamento (Dobutamina / Dipiridamol / Atropina). Fui informado sobre efeitos colaterais e adversos que tais medicamentos podem provocar como: Palpitação, Tremor, Sensação de "arrepio no couro cabeludo" e "aperto na cabeça" ou Cefaléia.

Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício e controle clínico.

Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo a confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente aos Comitês de Ética em Pesquisa.

Tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre o procedimento diagnóstico a que serei submetido, me sendo respondido e esclarecidas todas as minhas dúvidas em linguagem de fácil compreensão. Tendo em vista que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, 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.

Também entendi que, a qualquer momento e sem prestar qualquer explicação, poderei revogar este consentimento, antes da realização do procedimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

**MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)**

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

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico, CRM

REVOGAÇÃO: RJ, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)