

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO TESTE ERGOMÉTRICO

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 vou realizar um exame que meu médico assistente solicitou por achar necessário para melhor esclarecimento e acompanhamento de minha situação clínica.

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 sua realização, precisamos raspar os pêlos 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. 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 orientação médica.

O exercício 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. A interrupção do esforço poderá ser solicitada a qualquer momento, devido ao cansaço ou outros sintomas provocados pelo exercício. Eventualmente o médico que acompanha o procedimento poderá encerrá-los, se julgar conveniente.

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 e não alcança 100% de eficácia diagnóstica.

Existe a possibilidade de ocorrerem complicações durante o teste, o que inclui: queda da esteira, resposta anormal da pressão arterial, arritmias, angina do peito, tonteiras, e em circunstâncias extremamente raras, infarto e morte. Lembramos que estes casos graves e excepcionais geralmente ocorrem em quem possui doença grave do coração (menos de 0,01% de óbitos nas estatísticas mundiais. Na nossa casuística não apresentamos quaisquer complicações fatais em mais de 6.000 exames realizados.

Durante o exame o médico acompanhará seus sinais vitais (pulso/pressão arterial além de análise contínua do eletrocardiograma). ]

Nós dispomos de equipamentos e pessoal treinado para estas situações de emergência.

O exame não poderá em hipótese nenhuma, ser realizado com jejum maior do que 2 horas.

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.

A documentação do meu exame poderá ser utilizada 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. 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

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

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

\_\_\_\_\_  
Médico, CRM No.

REVOGAÇÃO: RJ, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

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