

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO SOBRE TESTE ERGOMÉTRICO

O Teste ergométrico é um exame amplamente utilizado pela medicina (Cardiologia) para a identificação de doenças do coração, fornecendo dados para o diagnóstico, prognóstico e tratamento dos pacientes.

Para a realização do exame é necessária a raspagem de pelos de alguns pontos do tórax e do abdômen (homens) e fazer a limpeza da pele com gaze + álcool para retirar a oleosidade natural destas áreas e das mulheres que acabam usando hidratante, onde serão colocados os eletrodos descartáveis. Embora na maioria dos casos este processo seja bem tolerado, é possível que, ocasionalmente, ocorra algum desconforto por reações alérgicas ou hipersensibilidade individual ao uso do álcool. Nestes casos, recomendamos evitar a exposição ao sol nos dias subsequentes ao exame, podendo, ser usado creme hidratante ou creme dermatológico sob orientação médica.

O paciente realizará o exercício apropriado para a sua capacidade física caminhando e/ou até correndo em uma esteira ergométrica.

Progressivamente a velocidade e inclinação serão aumentadas de acordo com o protocolo utilizado pelo médico até o limite tolerado pelo paciente e a interrupção do exercício poderá ser solicitada pelo paciente a qualquer momento devido a cansaço ou outros sintomas ou pelo próprio médico quando julgar necessário.

Apesar de todos os cuidados na realização do exame alguns incidentes poderão ocorrer, incluindo queda da esteira, resposta anormal da pressão arterial, arritmias, angina do peito, e tonteados, estas intercorrências, em geral, são revertidas sem maiores dificuldades.

Durante todo o exame o médico estará presente monitorando o eletrocardiograma, a pressão arterial e a frequência cardíaca e os sintomas que o paciente possa relatar. Em circunstâncias extremamente raras pode ocorrer infarto ou morte, mas, as estatísticas mundiais relatam um percentual de 0,01% dos casos e mostraram que geralmente ocorrem em pessoas que possuem doença severa do coração. Estes indivíduos com alto risco podem apresentar as mesmas complicações em qualquer outra circunstância, inclusive dormindo e geralmente longe dos recursos necessários para tentar revertê-los. Para estas situações dispomos de equipamentos de emergência e profissionais habilitados.

OBS: O peso máximo permitido é de 220 Kg.

Declaro que fui informado e concordo em realizar o teste ergométrico solicitado pelo (a) médico (a) assistente para complementação da minha avaliação médica.

Nome: _____

SIM NÃO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FUMA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEM DOR NO PEITO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEM FALTA DE AR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEM TONTURA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEM DIABETES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEM PRESSÃO ALTA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEM BATEDEIRA NO CORAÇÃO

SIM NÃO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEM COLESTEROL ALTO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEM PROBLEMA DE TIREOIDE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FAZ ATIVIDADE FÍSICA/EXERCÍCIO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	JÁ FEZ CATETERISMO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEM FAMILIARES COM PROBLEMA DE CORAÇÃO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEM FAMILIARES COM PROBLEMAS DE PRESSÃO ALTA

PESO: _____ ALTURA: _____ NASCIMENTO: _____

MEDICAÇÕES = _____



SOROCABA, _____ DE _____ DE 20____.

Assinatura: _____