**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 às vezes é necessária a raspagem de pelos de alguns pontos do tórax e do abdômen, fazer a limpeza da pele com lixa d’água, gaze e álcool para retirar a oleosidade natural destas áreas, 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.

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 tonturas. 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 150 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** |  | **SIM** | **NÃO** |  |
|   |   | FUMA |   |   | TEM PROBLEMA DE TIREOIDE |
|   |   | TEM DOR NO PEITO |   |   | FAZ ATIVIDADE FÍSICA/EXERCÍCIO |
|   |   | TEM FALTA DE AR  |   |   | TEM FAMILIARES COM PROBLEMA DE CORAÇÃO OU PRESSÃO ALTA |
|   |   | TEM TONTURA  |   |   | JÁ FEZ CATETERISMO OU ANGIOPLASTIA  |
|   |   | TEM DIABETES  |   |   | ANTECEDENTE DE MASTECTOMIA |
|   |   | TEM PRESSÃO ALTA  |   |   | ESTÁ GESTANTE (GRÁVIDA) |
|  |  | TEM COLESTEROL ALTO |  |  |  |
|   |   | SENTE O CORAÇÃO DISPARAR |  |  | **PESO: \_\_\_\_\_\_\_\_ ALTURA:\_\_\_\_\_\_\_\_ NASCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_** |

**MEDICAÇÕES =** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 

SOROCABA, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_ .

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ **Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**