



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE ERGOMÉTRICO

Meu médico solicitou um exame denominado Teste Ergométrico, também chamado Teste de Exercício, Prova de Esforço, Teste de Esforço e eu irei realizá-lo nesta Instituição. O objetivo deste exame é atender a solicitação do médico que o solicitou e a sua duração é variável, habitualmente, entre 20 minutos a 40 minutos.

Inicialmente, gaze com álcool será friccionada em alguns locais do tórax, que foram previamente depilados, podendo ficar com a pele vermelha e incomodar um pouco, mas é indispensável para se obter um bom padrão eletrocardiográfico necessário para uma ótima interpretação médica.

Durante o exame irei caminhar ou correr sobre uma esteira ou pedalar em uma bicicleta ergométrica em intensidade progressivamente crescente até atingir o meu máximo de cansaço. O exercício somente será interrompido antes do meu cansaço máximo caso o médico realizador do exame identifique alguma alteração que justifique a interrupção precoce, assim como também será interrompido a qualquer momento no caso da minha solicitação.

Contribuirei com a segurança do exame informando, imediatamente, quando apresentar qualquer mal estar, como dor no peito, palpitação, falta de ar, tontura ou qualquer outro sintoma durante o teste.

Mesmo aplicando-se todos os cuidados necessários, algumas complicações, embora raras, poderão ocorrer, tais como: pressão arterial muito alta ou muito baixa, alterações do ritmo cardíaco, que podem ser de pequena ou maior gravidade, além de outras alterações muito incomuns que podem necessitar de internação hospitalar. Complicações mais sérias são excepcionais, mas pode ocorrer queda da esteira com eventuais traumatismos na pele, nos músculos e nos ossos. Esta instituição, para realizar este procedimento, dispõe de estrutura e suportes necessários para o atendimento de emergência caso alguma complicação grave incomum aconteça, tais como desfibrilador, oxigênio,ambu, cânulas para intubação endotraqueal e medicamentos específicos.

Após a realização do procedimento, estou ciente de que deverei adotar os seguintes cuidados: não me expor ao sol por 48 horas, para prevenir lesões na área da pele onde foi friccionada gaze com álcool, tomar regularmente os medicamentos prescritos pelo meu médico e procurar atendimento médico caso apresente algum sintoma.

Após ler integralmente o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que, além de ler este termo e tomar conhecimento integral das informações indispensáveis para a realização do exame, recebi todos os esclarecimentos necessários e () **concordo** / () **não concordo** com a realização do mesmo, ciente de que eventual decisão negativa é uma opção sem qualquer penalização ou sem prejuízo ao meu cuidado.

Abaixo assinados:

Paciente | Representante Legal: _____
Nome por extenso

Médico: _____
Nome por extenso