



Av. Vicente Ferreira, 828 - CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLE "TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA"
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)**

REALIZAÇÃO DE TESTE ERGOMÉTRICO

O (a) paciente ou seu (sua) responsável autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do exame designado "TESTE ERGOMÉTRICO".

Definição: exame realizado em esteira ergométrica para avaliar o funcionamento do coração durante o esforço físico. No decorrer do exame, serão monitorados a frequência cardíaca, a pressão arterial e o eletrocardiograma.

Este exame tem como finalidade investigar sintomas como dor no peito, falta de ar, palpitações, avaliar a capacidade funcional, auxiliar no diagnóstico de doenças cardiovasculares e orientar o tratamento médico.

O paciente realizará esforço físico progressivo, conforme protocolo padronizado, sob supervisão de equipe treinada. O exame poderá ser interrompido a qualquer momento, caso haja sintomas, alterações clínicas ou por solicitação do próprio paciente.

Possíveis riscos: cansaço, falta de ar, tontura, dor muscular ou dor no peito e queda da esteira. Embora raros, podem ocorrer eventos mais graves, como arritmias, queda da pressão arterial, desmaios ou, excepcionalmente, infarto agudo do miocárdio ou outras complicações cardiovasculares.

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara que exame fornece informações importantes para o diagnóstico e acompanhamento de doenças cardíacas, contribuindo para a definição do tratamento mais adequado.

2. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara sobre os benefícios e os riscos do exame ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento, tendo esclarecido as suas dúvidas.

3. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

4. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento ou interromper o exame, sem prejuízo ao meu atendimento.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco):

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____