

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
REALIZAÇÃO DE ECOCARDIOGRAFIA SOB ESTRESSE  
FARMACOLÓGICO

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
Nome: _____ Peso: _____ Kg Altura : _____ cm Idade: _____ anos	Nome: _____ _____ Grau de Parentesco: _____ RG: _____ Telefone: (_____) _____

Eu autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ CRM N°: \_\_\_\_\_  
a realizar uma ECOCARDIOGRAFIA SOB ESTRESSE FARMACOLÓGICO e, em caso de  
necessidade, qualquer procedimento adicional essencial para a estabilidade clínica.

1. Eu compreendo que o exame de ecocardiografia sob estresse farmacológico é um exame de ultrassom do coração, associado ao uso de medicações endovenosas, que estimulam o coração, possibilitando uma melhor avaliação do desempenho do mesmo.
2. Fui informado sobre as contraindicações para a realização do exame, que são arritmias cardíacas complexas, hipertensão arterial sistêmica descontrolada, quadros de demências, doenças degenerativas tipo Parkinson avançado, glaucoma, reações adversas em exame anterior.
3. Compreendo sobre a necessidade de jejum de 06 horas antes do exame e das restrições específicas como café, chás estimulantes ou bebidas tipo cola.
4. Entendo que os medicamentos administrados durante o exame podem ter efeitos colaterais e estou ciente que, conforme a avaliação do cardiologista que estará acompanhando o exame poderá ser necessário a interrupção do mesmo ou requerer internação e/ou algum outro procedimento.
5. Estou ciente que no dia do exame, após a realização do mesmo, o paciente não deverá dirigir ou realizar atividades que exijam atenção, reflexo e raciocínio.
6. Recebi do meu médico todas as informações necessárias para que eu pudesse tomar a decisão e aceitar as condutas adotadas para o meu tratamento.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que ECOCARDIOGRAFIA SOB ESTRESSE FARMACOLÓGICO é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a ECOCARDIOGRAFIA SOB ESTRESSE FARMACOLÓGICO proposta.

Pompéu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Médico

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante ou Responsável

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_  
Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
REALIZAÇÃO DE ECOCARDIOGRAFIA SOB ESTRESSE  
FARMACOLÓGICO

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: \_\_\_\_\_

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável