

CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

Identificação do doente

EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO
DOENTE, PREENCHER:

NOME:

DATA NASC:

NSC:

Nome do procedimento: Prova de Esforço Cardiorrespiratória – Bicicleta (cicloergómetro) ou passadeira rolante (treadmill).

Objetivo: Este exame tem por objetivo submeter o seu organismo ao esforço do exercício físico de forma a evidenciar sinais ou sintomas não existentes ou minimamente existentes em repouso, alterações de ritmo cardíaco, frequência cardíaca, pressão arterial, ocorrência de isquemia e a quantificar a capacidade ao esforço. Está indicado no diagnóstico de doença das artérias coronárias e da avaliação da sua gravidade, para avaliação de gravidade de insuficiência cardíaca e de hipertensão pulmonar, para prescrição de exercício em programas de reabilitação cardíaca e para quantificar efeitos de intervenções terapêuticas.

Modo de realização: A prova consiste na realização de um eletrocardiograma em repouso e durante o esforço efetuado em bicicleta ou em tapete rolante, com aumento progressivo de carga ou de velocidade e inclinação. Inclui a quantificação do oxigénio consumido e do dióxido de carbono expelido através do uso de uma máscara ligada a um aparelho para troca de gases. O teste termina quando forem atingidos os parâmetros definidos pelo protocolo, ou antes se surgirem sintomas como dor no peito, cansaço extremo ou tonturas, ou alterações significativas no eletrocardiograma. Nestes casos, o exame será terminado imediatamente.

Efeitos esperados e eventuais benefícios:

Esta prova permite detetar a probabilidade da presença de doença das coronárias e sua gravidade, avaliar objetivamente a capacidade funcional cardiorrespiratória, a resposta da pressão arterial e da frequência cardíaca ao esforço, o risco de aparecimento de arritmias com o esforço, a gravidade da insuficiência cardíaca e os níveis de esforço a atingir durante programas de reabilitação cardíaca.

Alternativas terapêuticas: Não aplicável.

Riscos/complicações: Podem ocorrer (complicações frequentes) – angina de peito, dispneia ou desconforto muscular, cansaço; em 1-5% dos casos (complicações pouco frequentes) pode ocorrer elevação excessiva ou baixa da pressão arterial e, mais raramente (em menos de 1% dos casos), arritmias importantes, edema pulmonar, enfarte do miocárdio, paragem cardiorrespiratória ou morte (extremamente rara). De referir que os riscos/complicações podem depender da sua própria doença.

Outras informações:

- Se sabe que está grávida (ou se for possível que esteja), por favor comunique-o ao médico antes de iniciar o exame.
- Deve trazer vestuário e calçado adequados a exercício físico e não deve estar em jejum.
- A existência de outras patologias associadas/comorbilidades ou características específicas do doente poderão estar associadas a risco acrescido de complicações e devem ser indicadas ao médico.
- Seja portador(a) de todos os medicamentos em curso (mesmo que suspensos) e suspenda apenas a medicação que o seu médico assistente tiver indicado para não tomar. Tome a restante medicação no momento habitual.

DEPARTAMENTO DE
CORAÇÃO E VASOS

Local de realização/Contactos:

Unidade de Técnicas não Invasivas de Cardiologia

- Polo HSM: Tel - 217 805 351 / E-mail: unidadedetecnicasdecardiologia@chln.min-saude.pt
- Polo HPV: Tel – 217 548 469

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Data:

Foi entregue cópia deste documento

doente

representante legal

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que comprehendo o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do exame proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O doente

representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

IMP 010.03/17

De acordo com: Norma da DGS Nº 015/2013 de 03/10/2013, atualizada a 04/11/2015; Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados) – Jornal Oficial da União Europeia (Edição em Língua Portuguesa), L119, 59º ano, 4 de Maio de 2016.

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O doente representante legal

Nome: Data:

BI/CC (representante legal): Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

- De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.
- De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O doente representante legal

Nome: Data:

BI/CC (representante legal): Parentesco com o doente:

Assinatura:

DEPARTAMENTO DE
CORAÇÃO E VASOS

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610
<https://www.ulssm.min-saude.pt/>

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
Página 3 de 3