

CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO
DOENTE, PREENCHER:

NOME:

DATA NASC:

NSC:

Identificação do doente

Nome do procedimento: Ecocardiograma de Exercício – bicicleta (cicloergómetro) ou passadeira rolante (treadmill).

Objetivo: O ecocardiograma de exercício tem como objectivo principal avaliar a doença das artérias coronárias, que são os vasos que levam sangue ao músculo cardíaco e estudar outras doenças específicas como as doenças das válvulas cardíacas ou algumas doenças do músculo cardíaco (miocardiopatias).

Modo de realização: Este exame consiste na obtenção de imagens do coração e do fluxo de sangue por ultrassons (ecocardiografia) durante a realização de exercício físico, em bicicleta ou em passadeira rolante. Nestas circunstâncias, aumenta a força e o ritmo de contracção do coração. O doente permanece sentado (bicicleta) ou em pé (passadeira) durante a prova, sendo controlada a pressão arterial, a frequência cardíaca, o electrocardiograma e a contração do coração.

Efeitos esperados e eventuais benefícios: Este exame permite avaliar a presença de doença das artérias coronárias e estudar melhor a gravidade de algumas doenças das válvulas ou do músculo cardíaco. Os resultados do exame poderão ser muito importantes para o diagnóstico e/ou decisões terapêuticas em relação à minha doença.

Alternativas terapêuticas: Não aplicável.

Riscos/complicações: Podem surgir sintomas (palpitações, tonturas, dor no peito e náuseas) e subida ou descida da pressão arterial, que aliviam e desaparecem após terminar o exercício. Em certos casos de doença coronária importante podem surgir alterações do ritmo cardíaco, desmaio e, muito ocasionalmente, enfarte de miocárdio, habitualmente não fatal, ou insuficiência cardíaca. A frequência de efeitos adversos é de cerca de 0,3%.

Outras informações:

- Deve trazer vestuário e calçado adequados a exercício.
- Deve comer algo (refeição leve) 4 horas antes.
- Se sabe que está grávida (ou se for possível que esteja), por favor comunique-o ao médico **antes** de iniciar o exame.
- A existência de outras patologias associadas/comorbilidade, ou características específicas do doente, poderão estar associadas a risco acrescido de complicações.

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

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 1 de 3

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