

## CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

### Identificação do doente

EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO  
DOENTE, PREENCHER:

NOME:

DATA NASC:

NSC:

**Nome do procedimento:** *Tilt Test* – Teste barorreflexo da função cardiovascular com mesa basculante

**Objetivo:** Avaliação da causa de síncope (vulgarmente referida como desmaio) e/ou de pré-síncope (sensação de desmaio iminente sem perda completa de consciência) através do estudo da resposta cardiovascular (tensão arterial e batimentos cardíacos) às mudanças de posição.

**Modo de realização:** O exame deve ser efetuado em jejum. Será realizada monitorização cardíaca com colocação de elétrodos adesivos no peito e medição da pressão arterial intermitentemente através de uma braçadeira e, de forma contínua através de um monitor colocado nos dedos da mão. O exame inicia-se com um período de repouso de 10 minutos, seguido de inclinação da mesa a 70º durante 30 minutos. Se não ocorrerem sintomas será administrado um comprimido de nitroglicerina (medicamento que provoca dilatação dos vasos) por baixo da língua, mantendo a mesa inclinada durante mais 15 minutos. Se ocorrer o desmaio a mesa será imediatamente colocada a 0º e existirá um período variável de recuperação. Considera-se neste caso o exame como positivo.

**Efeitos esperados e eventuais benefícios:** O exame pretende provocar o desmaio numa situação controlada e contribuir para estabelecer a causa do mesmo e a seleção da melhor terapêutica.

**Alternativas terapêuticas:** Não aplicável.

**Riscos/complicações:** O procedimento é seguro, não estando descritas complicações graves com o protocolo referido. Podem ocorrer pausas no batimento cardíaco, por vezes prolongadas, consideradas como respostas exageradas ao exame, que resolvem com a suspensão da inclinação. Na altura do desmaio podem ocorrer náuseas, vómitos ou incontinência urinária. Os efeitos secundários mais comuns devem-se à administração do medicamento nitroglicerina e incluem dor de cabeça e palpitações, sendo transitórios.

**Informe o seu médico** dos medicamentos que toma regularmente.

### Outras informações:

- 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
- Tel - 217 805 351 / E-mail: [unidadedetecnicasdecardiologia@chln.min-saude.pt](mailto:unidadedetecnicasdecardiologia@chln.min-saude.pt)

DEPARTAMENTO DE  
CORÇÃO 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

**Confirmando 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 compreendi 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:

---

### 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:

---