



HOLTER 24h

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

Clínica de Cardiologia

DATA: ____/____/____

HORÁRIO: ____:____h

ORIENTAÇÕES

Trazer um cinto (além do da calça) de sua preferência para fixação do aparelho.

1. O exame tem duração de 24 horas a contar do horário de sua instalação, **NÃO** se atrasar para a instalação do equipamento;
2. Lembre-se: no decorrer do exame **NÃO SERÁ POSSÍVEL** tomar banho;
3. Neste período é terminantemente proibido expor o equipamento a água ou umidade para evitar danos;
4. Tomar banho **de preferência** com sabão de coco, lavando exaustivamente a parte anterior do tórax (região do peito e abaixo dos braços);
5. **NÃO** usar creme hidratante na região do tórax, bem como qualquer tipo de produto para a pele;
6. Traga o pedido do exame devidamente apreçado pelo Setor de Contas deste hospital, **exames realizados no período noturno** devem ser apreçados ao marcar, **não será possível realizar o exame sem o devido apreçamento (O apreçamento só funciona até as 18h)**;
7. Vir com blusa folgada e **preferencialmente** aberta na frente para facilitar a instalação do equipamento;
8. A suspensão (ou não) de medicamentos em uso deverá ser orientada pelo médico que solicitou o exame;
9. Traga o termo de compromisso em anexo **devidamente preenchido** e ECG (eletrocardiograma) caso tenha feito recentemente;
10. **Homens** vir com os pelos do peito raspados.
11. **Mulheres** não vir de vestido, maiô ou body.
12. Em caso de atraso o exame não poderá ser realizado.

EM CASO DE DÚVIDA LIGUE: 3966-2175 (07:00h – 22:00h)

TRAZER PREENCHIDO

DADOS PESSOAIS



Nome: _____
CPF: _____ RG: _____
Estado Civil: _____ Profissão: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ CEP: _____
Telefone: _____ Celular: _____
Marca/Modelo: CARDIOS / CARDIOLIGHT
Acessórios da clínica: Capa, cabos, gravador, 1 pilha AAA recarregável
Nº de RP: _____ (preenchido pelo setor)

Mediante este instrumento declaro responsabilizar-me pela conservação do Aparelho de Holter 24 horas, sendo este de propriedade da Clínica de Cardiologia do Hospital das Forças Armadas, pelo prazo de um dia, a contar desta data.

Comprometo-me a devolvê-lo, em 24 horas após sua instalação, em perfeito estado de conservação e funcionamento conforme recebido, como também peças e acessórios.

Declaro assumir total responsabilidade por extravio e/ou danos que acarretem a perda total ou parcial do bem, neste caso, providenciarei o reparo ou a reposição do item no prazo de 90 dias a contar da data de devolução.

Brasília, ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável

COMPROVANTE DE DEVOLUÇÃO

Atestamos que o aparelho de Holter 24 horas foi devolvido em
____/____/____ nas seguintes condições:

- () Em perfeito estado
- () Apresentando defeito técnico
- () Faltando peças ou acessórios

Assinatura do técnico responsável

HOLTER 24h



HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

Clínica de Cardiologia

DATA: ____/____/____

INÍCIO: ____:____ h

TRAZER

PREENCHIDO

ANAMNESE

Paciente: _____	
Peso: _____ Kg	Altura: _____ cm
Data de Nascimento: ____/____/____	Fumante? _____
Telefone: _____ - _____ / _____ - _____	
Indicação Clínica: _____	
Médico Solicitante: _____	CRM: _____



ORIENTAÇÕES

1. Anote as medicações que fizer uso (data, horário, nome e dosagem);
2. Anote o horário que for dormir e acordar;
3. Relate sintomas como: dor no peito, palpitações, desconforto respiratório, fadiga excessiva ou qualquer sintoma cardio-respiratório;
4. Informe caso se submeta a situações que causem aborrecimento, estresse, ansiedade, nervosismo, inquietação, insônia, raiva, ira, depressão, tristeza e etc.
5. Evite comprimir o aparelho em mesas, pias, bancadas ou no cinto de segurança do carro.

EM CASO DE DÚVIDA LIGUE: 3966-2175 (07:00h – 22:00h)

