



M.A.P.A. 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. Vir de banho tomado. Lembre-se: no decorrer do exame **NÃO SERÁ POSSÍVEL** tomar banho, pois neste período é terminantemente proibido expor o equipamento a água ou umidade para evitar danos;
3. Este exame tem por finalidade verificar as variações da pressão arterial. Logo, o equipamento é semelhante ao aparelho de pressão;
4. As medições ocorrerão aproximadamente a cada 15 minutos durante o dia e 30 minutos durante a noite;
5. 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 a instalação do aparelho sem o devido apreçamento **(O apreçamento só funciona até as 18h)**;
6. Vir com blusa folgada e preferencialmente sem manga ou de manga curta para facilitar a instalação do equipamento;
7. A suspensão (ou não) de medicamentos em uso deverá ser orientada pelo médico que solicitou o exame;
8. Avise a Clínica de Cardiologia com antecedência mínima de 24 horas caso não possa comparecer;
9. Traga o termo de compromisso em anexo devidamente preenchido e assinado.
10. **Mulheres** não vir de vestido, maiô ou body.
11. Em caso de atraso o exame não poderá ser realizado.

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

TRAZER PREENCHIDO

TERMO DE COMPROMISSO

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Marca/Modelo: CARDIOS /DYNA-MAPA

Acessórios da clínica: Capa, gravador, braçadeira, manguito, 2 pilhas AA recarregáveis

Nº de RP: _____ (preenchido pelo setor)

Mediante este instrumento declaro responsabilizar-me pela conservação do Aparelho de M.A.P.A. 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 M.A.P.A. 24 horas foi devolvido em ____/____/____ nas seguintes condições:

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

Assinatura do técnico responsável

M.A.P.A. 24h



HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

Clínica de Cardiologia

DATA: ____/____/____

INÍCIO: ____:____h

ANAMNESE

**TRAZER
PREENCHIDO**

Paciente: _____

Peso: _____ Kg Altura: _____ cm

Data de Nascimento: ____/____/____ Fumante? _____

Telefone: _____ - _____ / _____ - _____

Indicação Clínica: _____

Médico Solicitante: _____



ORIENTAÇÕES

1. O exame tem duração de 24 horas. As medições ocorrerão a cada 15 minutos durante o dia e 30 minutos durante a noite, se o braço não estiver relaxado durante uma medição o aparelho verifica em menos tempo;
2. No momento das medições mantenha o braço relaxado e livre de bolsas ou sacolas.
3. Não exponha o gravador a umidade ou vibração;
4. Anote os horários: medicamentos, atividade física, dormir e acordar;
5. Relate sintomas como: dor no peito, palpitações, fadiga ou qualquer sintoma cardio-respiratório;
6. Informe caso se submeta a situações que causem estresse, ansiedade, insônia, raiva, depressão, tristeza e etc.

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

