

TESTE ERGOMÉTRICO



HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

Clínica de Cardiologia

DATA: ____/____/____

HORÁRIO: ____:____ h

ORIENTAÇÕES

1. Este exame avalia o comportamento do coração durante um esforço físico (na esteira), com finalidade de diagnosticar várias doenças do coração e/ou preveni-las, ou ainda avaliar a capacidade física do Cliente;
2. É realizado sob supervisão médica e técnicos especializados;
3. Para realização do exame, será feito um preparo da pele (região do tórax) para colocação de eletrodos, que irão transmitir o traçado do eletrocardiograma para o computador.

INSTRUÇÕES

1. **ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME:** Tomar banho de preferência com sabão de coco, lavando exaustivamente a parte anterior do tórax (região do peito e abaixo dos braços);
2. No dia do exame **NÃO** utilizar hidratante, pomada, creme ou gel na região do tórax;
3. **ROUPA PARA MILITAR:** trazer traje de TFM - EB 5A / MB 7.1 / FAB 9A
4. **ROUPA PARA HOMENS:** trazer short ou bermuda e calçado apropriado para atividade física e raspar os pelos do peito;
5. **ROUPA PARA MULHERES:** trazer short, legging ou bermuda e calçado apropriado para atividade física. Sugere-se utilizar top ou sutiã para melhor sustentação dos seios;
6. **NÃO** realizar o exame em jejum. Faça uma refeição leve pelo menos duas horas antes do exame;
7. **NÃO** tomar bebida a base de cafeína como café, chá mate, coca cola ou bebida alcoólica pelo menos 24 horas antes do exame;
8. **NÃO** fumar no dia do exame;
9. **EVITAR** exercícios físicos, procure dormir pelo menos 8 horas na noite que antecede o exame;
10. **NÃO** realizar o exame caso esteja resfriado, gripado ou com outra enfermidade relevante;
11. Trazer o nome dos medicamentos para pressão ou coração que estiver tomando ou a receita. A suspensão ou não dos medicamentos **FIAM A CRITÉRIO DO MÉDICO SOLICITANTE**;
12. Comparecer para o exame com no mínimo **15 minutos de antecedência** do horário agendado;
13. Maiores de 65 anos ou menores de idade deverão vir sempre acompanhados.
14. Traga o pedido de exame médico devidamente **apreçado** pelo setor de contas deste hospital;
15. O resultado do exame será entregue alguns minutos após o mesmo, exceto em casos excepcionais a critério do médico responsável pela realização do mesmo;
16. Caso não possa comparecer, favor informar com no mínimo 24 horas de antecedência através do telefone de contato informado abaixo.
17. Traga o termo de consentimento e anamnese em anexo no verso desta folha devidamente preenchido e assinado.
18. **O não cumprimento do preparo do exame acarretará na não realização do mesmo.**

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

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE DE ESFORÇO



TRAZER PREENCHIDO

DADOS PESSOAIS

Nome: _____	_____
CPF: _____	RG: _____
Estado Civil: _____	Profissão: _____
Endereço: _____	_____
Bairro: _____	Cidade: _____
Estado: _____	CEP: _____
Telefone: _____	Celular: _____

- Dos procedimentos:** O teste de esforço é uma avaliação de ergometria em esteira rolante ou ciclo ergômetro, onde a intensidade do teste será progressiva, começando em uma intensidade menor e aumentando em estágios progressivos, a carga inicial de trabalho depende de seu nível de condicionamento físico e estado de saúde. O teste poderá ser interrompido a qualquer momento por alteração fisiológica ou fadiga pela atividade. **É IMPORTANTE QUE SAIBA QUE VOCÊ PODE INTERROMPER O TESTE A QUALQUER MOMENTO, POR CANSAÇO OU QUALQUER OUTRO DESCONFORTO.**
- Riscos e desconfortos resultantes:** Existe a possibilidade do aparecimento de alterações como cansaço, falta de ar, tonturas, desmaios, dor no peito e nas pernas, alterações da pressão arterial e no ritmo cardíaco, bem como em raras circunstâncias complicações mais sérias (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral (derrame) e arritmias cardíacas “malignas”). Todo o esforço será feito para diminuir esses riscos pela análise dos dados relacionados às informações fornecidas antes da execução do teste ligadas com seu estado de saúde e seu nível de condicionamento físico e pela monitorização de sinais e sintomas durante a execução da avaliação. Lembrando que procedimentos de emergências e pessoal treinado estão disponíveis para lidar com ocorrências anormais que possam se apresentar.
- Da responsabilidade do executante:** É necessário o fornecimento das informações mais completas e fidedignas possíveis sobre o seu estado de saúde e nível de condicionamento físico, bem como o relato de experiências anteriores de alterações a execução de esforços físico de fundamental importância na segurança de execução nos valores obtidos com a avaliação. Durante a execução da avaliação é de grande relevância a veracidade e precisão das informações fornecidas pelo executante quando solicitado pelo avaliador.
- Dos objetivos almejados:** Com a interpretação dos dados coletados durante a execução da avaliação espera-se obter parâmetros fisiológicos de diagnósticos clínicos e funcionais, bem como a obtenção de índices para a adequação da intensidade da atividade física aos níveis de aptidão física do avaliado.
- Das informações:** Quaisquer dúvidas relacionados com os procedimentos e com os dados obtidos com a avaliação poderão esclarecidas com a equipe de avaliadores.
- Do consentimento: a adesão para realização dessa avaliação é voluntária, sendo possível a sua interrupção a qualquer momento a desejo do avaliado.

Li e compreendi os procedimentos a serem executados, bem como os riscos e desconfortos resultantes, meu consentimento é dado para procederem com a realização da avaliação acima citada.

Brasília, ____/____/____.

Assinatura do paciente ou responsável