

Nome: _____

Idade: _____ anos _____ meses

IH: _____ Leito: _____

Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para realização de Cintilografia do Miocárdio associada ao Teste Ergométrico ou Teste Cardiopulmonar de Exercício

A Cintilografia do miocárdio associada ao esforço é um exame não-invasivo realizado em duas etapas em um mesmo dia, com duração habitual de até seis horas. A primeira (fase de repouso) consiste na injeção intravenosa de uma substância radioativa (SESTAMIBI-99mTc = MIBI) que não apresenta habitualmente efeitos colaterais ou danos comprovados ao Senhor (a). Após tempo determinado serão realizadas imagens do coração em um aparelho chamado Gama-câmara. A segunda (fase de esforço físico) inclui a realização do teste ergométrico / cardiopulmonar (esclarecimentos abaixo) e nova injeção da mesma substância radioativa durante o esforço, seguindo-se a obtenção de outra série de imagens cardíacas, para comparação. A finalidade deste exame é caracterizar doenças do coração, em especial das artérias coronárias, avaliando indiretamente o fluxo de sangue que chega ao coração e a função cardíaca.

Por sua vez, o teste ergométrico/cardiopulmonar, que faz parte da segunda etapa deste exame, inclui a aplicação de exercício físico em esteira rolante ou bicicleta ergométrica, que aumenta aos poucos até que o paciente fique muito cansado, com aceleração da respiração e dos batimentos cardíacos. Contudo, pessoas com doença cardíaca poderão manifestar sintomas como desconforto no peito, palpitações, falta de ar, entre outros. Durante toda a prova haverá acompanhamento médico, com o registro do eletrocardiograma, da pressão arterial, dos batimentos cardíacos e sintomas. Para que se possa ter uma boa qualidade do eletrocardiograma, o preparo da pele, aonde são colocados eletrodos, é feito com gaze, álcool e uma lixa muito fina. Por este motivo deve-se evitar sol neste local, para prevenção de queimaduras na pele. O esforço será interrompido quando o médico julgar necessário. É importante saber que, a pedido do paciente, o exame poderá ser descontinuado, porém lembramos que neste caso a interrupção precoce do exame pode não fornecer as informações necessárias. A duração média do exame é de aproximadamente 30 minutos.

A probabilidade de alguma complicação cardíaca grave durante este exame é extremamente rara, porém não é nula. Contudo, os Serviços de Ergometria e Medicina Nuclear possuem os recursos disponíveis (equipamentos e médicos) para atuar de forma eficiente em qualquer eventualidade. Os menores de 18 anos somente poderão realizar o exame acompanhados por pessoa maior responsável legal.

Na condição de suspeita ou comprovação de gestação o exame não deve ser realizado, considerando-se que há injeção de substância radioativa. Situação similar para mulheres em período de amamentação, a não ser que possam interromper o aleitamento por no mínimo 48 horas.

♦ Confirmando que li as informações acima, compreendi, esclareci minhas dúvidas e concordo com a realização da Cintilografia do Miocárdio associada ao esforço físico. Estou de acordo que as informações obtidas de meu exame, desde que forma anônima, poderão ser empregadas para a realização de estudos científicos, sem recompensas pessoais e com os objetivos principais de evolução do conhecimento médico e consequentemente melhora dos tratamentos a serem instituídos a outros pacientes.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referido:

☐ Paciente ☐ Responsável

Nome legível: _____

Grau de parentesco: _____ Identidade nº: _____

_____/_____/_____
Data

Assinatura do paciente/responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL

De acordo com a política de direitos e deveres dos pacientes e familiares do Hcor, expliquei de forma clara, objetiva e compreensível todas as orientações sobre os cuidados clínicos a que o paciente acima está sujeito, ao próprio paciente e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos e complicações potenciais, tendo respondido às perguntas que me foram formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome: _____ Conselho/No: _____ Assinatura: _____