

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CML - 1ª REGIÃO MILITAR
POLICLÍNICA MILITAR DE NITERÓI
CARDIOLOGIA
SETOR DE ERGOMETRIA

NOME DO PACIENTE: _____
DATA DO EXAME: ____/____/____ HORÁRIO: _____ IDADE: _____ categoria: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ UNIDADE: _____

ESCLARECIMENTOS AO PACIENTE

O objetivo deste exame é avaliar a resposta de seu aparelho cardiovascular diante de esforços físicos.

Existe a possibilidade de ocorrerem distúrbios diante da realização do exame, sobre os quais temos todos os meios imediatos para tratamento. A idéia básica é a de detectar precocemente estes distúrbios, pois, acreditamos que é melhor que surjam aqui, sob supervisão médica, do que durante atividades do seu dia-a-dia distante de recursos de emergência.

RECOMENDAÇÃO

1. **Chegar ao local do exame com pelo menos 30 minutos de antecedência.**
2. Trazer o pedido de solicitação do exame com a fatura paga.
3. Trazer um ECG convencional de repouso (se possível).
4. Alimentar-se 02 horas antes exame e evitar atividade física no dia do exame.
5. Evitar o uso de sedativos. Não fumar no dia do exame.
6. Trazer roupas apropriadas para realização de exercícios físicos(bermuda, tênis).
7. **Paciente do sexo masculino deverá trazer um aparelho de barbear.**
8. Comunicar qualquer anormalidade em seu estado de saúde nas últimas 24 horas que antecedem a realização do exame. Avalie com seu médico assistente a suspensão prévia de seus medicamentos.
9. **Não usar hidratante no dia do exame. Tomar banho com SABÃO DE COCO E BUCHA VEGETAL, no dia do exame.**
10. **Pacientes do sexo feminino deverão trazer *soutien* com alça reforçada (PARA SUSTENTAÇÃO DA MAMA)**
11. ANOTAR, ABAIXO, OS DADOS SOLICITADOS:

*MEDICAMENTOS: _____

*PESO: _____ *ALTURA: _____ *TELEFONE: _____

*DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre a finalidade do exame ergométrico a que irei me submeter, estando ciente de sua forma de execução, de eventuais sintomas, cansaço e outras anormalidades que poderão advir decorrentes da aplicação do método.

Assinatura do paciente

Data	Responsável p/marcação:
------	-------------------------