

Por este instrumento, eu _____,
(nome legível, completo e por extenso do paciente) (identidade nº)

ou meu responsável, _____,
(nome legível, completo e por extenso do responsável) (identidade nº)

Declaro que:

1º) Recebi do(s) médico(s) assistente(s) todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento(s), bem como fui informado(a) sobre os riscos e os benefícios do(s) tratamento(s) proposto(s), bem como dos riscos de não ser tomada nenhuma da(s) atitude(s) terapêutica(s) proposta(s);

2º) O exame será realizado em repouso e durante a infusão de Dobutamina em ordem crescente de dose. Com o aumento progressivo da dose haverá um aumento progressivo da frequência cardíaca com a sensação de palpitação. Pode ocorrer como efeito colateral, também a presença de arritmia e queda ou aumento da pressão arterial. Se for necessário poderá infundir atropina (substância que aumenta a frequência cardíaca) nos pacientes que não apresentam glaucoma ou patologia prostática;

3º) Após o teste, com ou sem infusão de atropina associada a Dobutamina, se houver necessidade, pela manutenção da frequência cardíaca elevada, pode ser infundido como antídoto o betabloqueador desde que o paciente não seja portador de patologia pulmonar crônica. Durante todo o exame será feito controle de eletrocardiograma, pressão arterial e oximetria;

4º) Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no termo de esclarecimentos em anexo, excetuando-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergências, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com cada situação;

5º) Declaro também que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações que me foram fornecidas, antes da assinatura deste documento;

6º) Consinto, portanto, ao(a) médico(a) cardiologista a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realizam o(s) presente(s) exame(s).

Colatina, _____ de _____ de 20_____.

(assinatura do paciente)

(Nome e assinatura do(a) responsável) pelo(a) paciente
No caso de pacientes menores, ou que tenham responsáveis legais, ou
não possam assinar este documento

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada:

1) _____
(assinatura) (nº do documento de identidade)

(nome completo e legível) (endereço)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (seus) responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/procedimento(s) acima descritos.

Data: ____/____/____

Assinatura do médico – CRM ES