

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A EXECUÇÃO  
DE TESTE ERGOMÉTRICO**

O PACIENTE: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ ORGÃO EXPEDIDOR: \_\_\_\_\_

DATA EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_\_ RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

**Será submetido ao exame de TESTE ERGOMÉTRICO** iniciado por Médico Assistente para complementação da sua avaliação médica.

O TESTE ERGOMÉTRICO consiste um exame auxiliar ao diagnóstico feito em esteira rolante tendo por finalidade principal avaliar as respostas cardiovasculares frente à aplicação de esforço físico progressivo.

O paciente ou seu representante legal entende que a execução do TESTE ERGOMÉTRICO pode causar o aparecimento de sintomas tais como: falta de ar; dor no corpo e, em ocasiões excepcionalmente raras, provocar situações que podem não ser passíveis de controle clínico. Tais reações adversas são agravadas quando associadas a outros fatores pessoais do paciente como, por exemplo: cirurgia cardíaca prévia; alergias; hipertensão arterial não controlada; diabetes; obesidade; doenças cardíacas; dentre os eventos mais comuns.

O paciente (ou seu representante legal) assina este TERMO DE CONSENTIMENTO, declarando, expressamente, sua autorização para submeter-se ao TESTE ERGOMÉTRICO na AMEP (Assistência Médica Especializada), concordando, ainda com a execução dos procedimentos preparatórios próprios, ficando desde já, autorizados ao médico, seus auxiliares e técnicos a conduzir o teste ora consentido.

PACIENTE/RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

REGISTRO Nº: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

RIO DE JANEIRO, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ .