

# Termo de Ciência e Consentimento Ecocardiograma sob Stress com Dobutamina

Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Registro: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

O Ecocardiograma sob estresse farmacológico é um procedimento diagnóstico cardiológico realizado através da administração de medicações intravenosas que aumentam a frequência cardíaca e o consumo de oxigênio do coração, permitindo diagnosticar possíveis deficiências na contratilidade regional do músculo cardíaco.

A ecocardiografia com dobutamina é um exame realizado há vários anos e em vários países do mundo de forma rotineira. A mesma tem sua segurança demonstrada em vários trabalhos científicos. A dobutamina é medicação utilizada em medicina há mais de 20 anos e é eliminada do organismo poucos minutos após sua injeção. Sua tolerabilidade é boa quando injetada por via venosa. Dentre os efeitos adversos comumente observados estão a palpitação e a sensação de formigamento no rosto. Dor no peito, náuseas, dores de cabeça podem ocorrer raramente. Efeitos adversos importantes podem ocorrer muito raramente, em incidência semelhante à do teste ergométrico, e incluem arritmias cardíacas com eventual necessidade de choque elétrico para sua reversão, e insuficiência coronariana aguda (angina instável ou infarto agudo do miocárdio), podendo muito raramente levar ao óbito (baixíssima incidência, sendo < 1%).

Dúvidas a respeito do exame serão esclarecidas pelo médico que realizará o procedimento. O (a) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável, o (a) Senhor (a) \_\_\_\_\_ declara que dá plena autorização ao médico (a) Ecocardiografista, Dr. (a) \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CREMEB sob o nº. \_\_\_\_\_ para proceder à realização de **ECOCARDIOGRAMA SOB ESTRESSE COM DOBUTAMINA** e todos os procedimentos que o incluem ou outras condutas médicas que tal exame possa requerer podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos artigos 56 e 59 do Código de Ética Médica e no art. 9 da Lei 8078, apresentou informações detalhadas sobre os procedimentos a serem adotados na realização do referido exame para ser Autorizado.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou foram lidas para mim, descrevendo o exame.

Foi discutida com o Dr. \_\_\_\_\_ a minha decisão de aceitar esse procedimento. Ficaram claros para mim quais são os propósitos dos procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos. Concordo voluntariamente com o que será realizado e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou ao meu atendimento neste serviço.

**Autorizo Eco Stress com Dobutamina.**

Salvador, ____ de _____ de 20____	____:____ (hh:min)
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Responsável
Nome: _____	RG: _____
Assinatura: _____	Parentesco _____
Nome do médico/ anestesiologista _____	CRM: _____
Assinatura: _____	