

Termo de Ciência e Consentimento

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NÃO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

TILT TEST

Por este instrumento, eu, _____, declaro
que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

TILT TEST

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

O TILT TEST, também conhecido como teste de inclinação ou teste de estresse postural, é um exame não invasivo e complementar realizado para investigar episódios de síncope, que ocorrem quando uma pessoa tem desmaios e apresenta perda súbita e transitória da consciência.

É um exame indicado para complementar o diagnóstico de algumas doenças e condições como:

- Síncope vasovagal ou neuromediada;
- Tonturas recorrentes;
- Síndrome de taquicardia ortostática postural;
- Pré-síncope;
- Disautonomia.

A síncope vasovagal costuma ser a principal causa de desmaios em pessoas sem problemas cardíacos e pode ser desencadeada pela mudança de posição do corpo, por isso o *TILT TEST* é o principal exame para identificar esta condição.

Para fazer o *TILT TEST* é importante que a pessoa esteja de jejum absoluto, inclusive não ter bebido água, por pelo menos 6 horas, pois como serão realizadas mudanças de posição da maca, a pessoa

Termo de Ciência e Consentimento

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

TILT TEST

pode sentir náuseas e mal-estar caso esteja com o estômago cheio. É recomendado também que a pessoa vá ao banheiro antes do exame, para que não seja interrompido ao meio.

Antes de começar o exame, o médico poderá perguntar quais medicamentos a pessoa usa diariamente e também fará questionamentos sobre o início dos sintomas e se existe alguma situação em que faça os sintomas piorarem.

A duração total do exame é por volta de 50 minutos e é feito em duas fases diferentes. A primeira etapa consiste em permanecer deitado em uma maca, preso a alguns cintos. Na segunda etapa, a maca será inclinada até atingir uma posição quase vertical com o solo. O paciente permanecerá nesta posição durante a maior parte do exame. Enquanto isso, os aparelhos colocados no peito e no braço medem a pressão arterial e a frequência arterial para verificar as alterações durante o teste.

Nesta segunda etapa, após algum tempo de exame, o enfermeiro oferece um remédio chamado Dinitrato de Isossorbida para colocar embaixo da língua, em dose bem pequena, para que seja observado como o corpo reage com o medicamento (comportamento da pressão arterial e frequência cardíaca). Este medicamento usado no *TILT TEST* age como a adrenalina e por isso a pessoa pode sentir um pouco de ansiedade ou ter a mesma sensação quando se está fazendo alguma atividade física. Se a pressão arterial ficar muito baixa ou a pessoa ficar com muito mal-estar, o médico poderá interromper o exame, por isso é importante comunicar o que está sentindo. Em alguns casos pode ocorrer desmaio durante o exame. Caso isto ocorra, o exame será imediatamente interrompido, com o retorno do paciente à posição deitada inicial.

- Recebi as informações necessárias quanto aos benefícios e as probabilidades de êxito deste exame/procedimento;
- Compreendi, no entanto, que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos;

Termo de Ciência e Consentimento

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NÃO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

TILT TEST

- Estou ciente de que, durante o exame/ procedimento, poderão apresentar-se outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergências que necessitem mudanças e adaptações do exame/ procedimento proposto;
- Estou ciente de que em exames/ procedimentos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como problemas cardiovasculares, respiratórios, os quais podem levar à internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente, e até ao óbito;
- Também fui informado(a) sobre as consequências de não realizar o exame/tratamento e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supracitados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento.

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação.

Autorizo a veiculação das referidas imagens do exame para fins científicos (preservando a identidade do paciente). Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ____ de _____ de 20____ ____:____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

Termo de Ciência e Consentimento

TILT TEST

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20____ ____:____ (hh:min)

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Assinatura: _____