**

***HOLTER E ECG DINAMICO
MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DIGITAL DE PRESSÃO ARTERIAL***

**PREENCHER COM OS DADOS SOLICITADOS A SEGUIR:

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Idade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FUMANTE: SIM ( ) NÃO ( )

Solicitação: Dr Gisel ( ) Dra Ana Gabriela ( ) Dra Cristiane ( )

Convênio:
SUL AMERICA ( ) BRADESCO ( ) OMINT ( ) PORTO SEGURO ( )
CDA-COR ( ) UNIMED ( )

***Orientações obrigatórias para a realização do exame:
(Por favor, leia com atenção)

. Tomar banho antes do exame. O paciente não poderá faze-lo no período que estiver com o aparelho.***

***.O paciente deverá levar para a realização do exame:***

***- Cinto (para fixação do aparelho)
- Para mulheres: Necessário estar de top ou sutiã.***

***- Homens: Depilar o tórax ou levar um gilete descartável.***

 ***. Chegar nos devidos horários marcados para instalar e retirar o aparelho, não poderá passar 24 horas (risco de perda de dados).***

|  |
| --- |
| *Termo de Responsabilidade*ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA GUARDA E CONSERVAÇÃO DO APARELHO MÉDICO POR MIM UTILIZADO RESSARCINDO EVENTUAIS DANOS.SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, .............de.....................................de 2020Ciente ....................................................................................................................... |