**

***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 2020  Ciente ....................................................................................................................... |