

Identificação do paciente

Nome: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Obs.: No caso de impossibilidade de o paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

Representante ou Responsável Legal

Nome: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Exame marcado para o dia: ____/____/____ às ____:____

COLE A ETIQUETA AQUI

- **JEJUM ABSOLUTO DE 6 HORAS ANTES DO EXAME:** Não tomar café da manhã, **tomar as medicações** com um pouco de água.
- **DOCUMENTOS DO PACIENTE:** Identidade; CPF; Senha ou código de autorização do procedimento a ser realizado e fornecido pelo plano de saúde; Pedido médico com indicação do procedimento a ser realizado; Exames laboratoriais recentes **dos últimos 2 meses** (hemograma completo, glicose, ureia, creatina, sódio e potássio); Todos os exames complementares realizados e que indicaram o Cateterismo Cardíaco (por exemplo: Cintilografia Miocárdica, Teste Ergométrico, Eletrocardiograma, Angio tomografia Computadorizada das Artérias Coronárias, Ressonância Magnética Cardíaca).
- **DOCUMENTOS DO ACOMPANHANTE:** Identidade.
- **EXAMES PRÉVIOS:** Eletrocardiograma, Teste Ergométrico, Ecocardiograma, Cintilografia Miocárdica, Tomografia.
- Pacientes com CATETERISMO OU ANGIOPLASTIA PRÉVIOS, deverão trazer, se possível, os laudos e CDs dos exames que foram realizados.
- Pacientes com história de CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA ou TROCA VALVAR (Cirurgia ou TAVI), deverão trazer, se possível, o relatório da cirurgia.

ATENÇÃO COM AS MEDICAÇÕES QUE DEVEM SER MANTIDAS:

MANTER: Anti-hipertensivos, Diuréticos e outros medicamentos conforme prescrição médica;

MANTER: ASS e Clopidogrel (ou Prasugrel ou Ticagrelor).

ATENÇÃO AOS MEDICAMENTOS QUE DEVERÃO SER SUSPENSOS:

- **INSULINA:** Usar até a noite anterior ao procedimento; **Não administrar insulina no dia do exame.**
- **METFORMINA** (Glifage):
PARAR 24h antes do procedimento e REINICIAR 48h após o cateterismo. Exemplo: procedimento marcado para dia 5, usar até a noite do dia 3 e retornar na manhã do dia 7;
- **Outros Hipoglicemiantes orais:** Clorpropamida (Diabinese®), Glibenclamida (Daoil®), Glipizida (Minidiab®), Glicazida (Diamicron®), Glimepirida (Amaryl®). Usar até a manhã anterior ao procedimento. Exemplo: procedimento marcado para dia 4, usar até a manhã do dia 3.
- **Anticoagulantes orais:** Varfarina Sódica (Marevan® ou Coumadin®) e Femprocumona (Marcoumar®) – Contactar equipe médica do Hospital Di Camp ou Médico Assistente.
- **Novos anticoagulantes orais (DOACs):** Apixabana (Eliquis), Dabigatрана (Pradaxa), Rivaroxana (Xarelto) e Edoxabana (Lixiana). - Contactar equipe médica do Hospital Di Camp ou Médico Assistente.

→ **Pacientes com ALERGIA A IODO deverão fazer dessensibilização** com administração de:

→ **Allegra 120mg**

01 comprimido 6h antes do exame

01 comprimido 1h antes do exame

→ **Prednisona 200mg**

02 comprimidos 12h antes do exame

02 comprimidos 6h antes do exame

02 comprimidos 1h antes do exame

→ **Situações Especiais:**

Pacientes com **ANEMIA**: Deverão realizar Cateterismo se possível com **Hematócrito acima de 24% ou Hemoglobina acima 0,8 g/dl**; ou com justificativa por escrito do médico assistente.

Pacientes com **história de INFECÇÃO**: Preferencialmente ter concluído ciclo de antibióticos ou deverão estar em uso há mais de 72h e sem febre a mais de 48h.

→ Pacientes com **INSUFICIÊNCIA RENAL**:

Contactar equipe médica do Hospital Di Camp ou Médico Assistente.