

RECOMENDAÇÃO TESTE ERGOMÉTRICO

NOME: _____

DATA DE INÍCIO: ____ / ____ / ____ HORÁRIO: ____ : ____

- NÃO REALIZAR O EXAME EM JEJUM E FAZER REFEIÇÕES LEVES, DUAS HORAS ANTES DO EXAME;
 - NÃO INGERIR CHÁ, CAFÉ, REFRIGERANTES, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CHOCOLATE, NAS ÚLTIMAS 24 HORAS ANTES DO EXAME;
 - NÃO FUMAR NAS ÚLTIMAS 24H ANTES DO EXAME;
 - NÃO REALIZAR EXERCÍCIOS FÍSICOS 12 H ANTES;
 - TRAJES: BERMUDA, CALÇA DE GINÁSTICA, TOP OU SUTIÃ, TÊNIS OU CALÇADO CONFORTÁVEL.
 - NÃO USAR CREME HIDRATANTE OU ÓLEO CORPORAL;
 - PACIENTES DIABÉTICOS NÃO NECESSITAM SUSPENDER A INSULINA OU OUTRA MEDICAÇÃO.
- *A SUSPENSÃO DA MEDICAÇÃO EM USO FICARÁ A CRITÉRIO DO MÉDICO SOLICITANTE;**
- TRAZER TOALHA DE ROSTO/PRENDEDOR DE CABELO E GARRAFINHA DE ÁGUA**

LOCALIZAÇÃO
DA REALIZAÇÃO



AMIGOS DO CORAÇÃO
AV. GETÚLIO VARGAS, 1666
CONTATO: (34) 3236-5766/3224-3600
 **(34) 99977-0968**