

**Consenso informato all'esecuzione di prestazioni diagnostiche di
ELETTROMIOGRAFIA (EMG) – Elettro-neurografia (ENG)**

Cognome _____ Nome _____

Luogo e Data di Nascita _____

Motivo della Prestazione _____

INFORMAZIONI PER IL/LA PAZIENTE:

L'Elettromiografia è un esame strumentale che serve allo studio delle malattie del sistema nervoso periferico e dei suoi muscoli, per localizzare la sede della lesione, stabilire la gravità ed il decorso della malattia.

Come si svolge l'esame:

- Per lo studio elettro-neurografico (ENG) vengono utilizzati gli elettrodi di superficie (dischetti adesivi ad es.) che registrano i segnali elettrici ottenuti stimolando elettricamente le fibre nervose.
- Per l'elettromiografia propriamente detta (EMG) vengono, invece, utilizzati degli elettrodi ad ago concentrico MONOUSO, che registrano l'attività del muscolo in cui vengono inseriti.

Controindicazioni relative:

- l'eventuale presenza di un pace-maker impiantato nel paziente non consente, per ragioni di sicurezza, la stimolazione elettrica vicino ad esso. Si prega di segnalarne sempre la presenza;
- l'eventuale presenza di deficit coagulativi e l'assunzione di farmaci ipocoagulanti costituisce controindicazione relativa alle indagini con ago-elettrodi per il rischio di emorragie nei casi in cui le piastrine siano inferiori a 50.000/mm³ ed i valori di PT e PPT risultino maggiori di 1-2 volte il valore normale.

Avvertenze:

Un aumento delle CPK sieriche (fino a tre volte il valore massimo normale) può essere causato dall'inserzione dell'ago elettrodo: la normalizzazione di tale valore avviene dopo 7-10 giorni.

Come prepararsi a casa:

- Si può mangiare come sempre ed assumere la terapia domiciliare;
- Non usare oli e creme sulla pelle.

Sono stato/a esaurientemente informato/a sull'elettromiografia e sui rischi ad essa connessi.

Acconsento di sottopormi alle procedure in questione (**con** inserzione di aghi-elettrodi)

Acconsento di sottopormi solo alla elettro-neurografia (**senza** inserzione di aghi-elettrodi).

Data, _____ Firma del paziente _____

Il Medico specialista in Elettromiografia ha verificato che il paziente ha compreso quanto illustrato e che non esistono controindicazioni all'esecuzione dell'esame.

Data, _____ Firma del medico specialista _____