CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

Consenso informato all'esecuzione di prestazioni diagnostiche di ELETTROMIOGRAFIA (EMG) e di ELETTRONEUROGRAFIA (ENG)

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

L'elettromiografia è un esame strumentale che serve allo studio delle malattie del sistema nervoso periferico in particolare dei nervi (ENG) e dei muscoli (EMG), per rilevare e localizzare la sede della lesione, stabilire una correlazione dei dati con la storia clinica, escludere e/o definire la patologia (miopatia, neuropatia, radiocolopatia, disordini della placca neuromuscolare).

Come si svolge l'esame

Per l'elettroneurografia (ENG) vengono utilizzati elettrodi di superficie adesivi, tipo gel solido, riposizionabili; in seguito vengono erogati stimoli elettrici che provocano un lieve movimento del muscolo interessato;

Per l'elettromiografia propriamente detta (EMG) viene utilizzato un ago-elettrodo concentrico MONOUSO, per registrare l'attività di ciascun muscolo esaminato.

Controindicazioni relative e assolute

- 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 e di comunicare sempre al proprio Cardiologo la compatibilità del dispositivo con l'esecuzione dell'indagine;
- Il defibrillatore costituisce una controindicazione assoluta alla parte elettroneurografica dell'esame;
- L'eventuale presenza di deficit coagulativi e l'assunzione di farmaci anticoagulanti costituisce controindicazione relativa all'esecuzione dell'indagine con ago-elettrodo per il rischio di emorragie; per i pazienti in terapia con NAO (nuovi coagulanti orali) la compressa non va assunte la mattina dell'esame, potrà esser assunta subito dopo; per i pazienti con terapia TAO (terapia anticoagulante orale) va controllato il valore dell'INR qualche giorno prima dell'esame e portato il risultato.

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.

A seguito di EMG/ENG potrebbero verificarsi leggeri arrossamenti, piccoli sanguinamenti e lieve dolore al muscolo/nervo esplorato.

Gennaio 2023

Come prepararsi a casa

- Non è necessario osservare il digiuno;
- Ad esclusione dei pazienti in terapia con NAO (Rivaroxaban, Apixaban, Dabigratan) o con TAO (Coumadin, Sintrom) come da nota al paragrafo "controindicazioni", per tutti gli altri i farmaci possono essere assunti come di consueto e dovranno essere segnalati al Medico esecutore;

- Non utilizzare oli e creme sulla pelle;
- Fornire la documentazione clinica relativa, gli accertamenti eseguiti ed inerenti al problema per il quale si esegue l'esame;
- Non è necessario essere accompagnati (salvo in caso di paziente minore o incapace/amministrato), si potrà guidare l'auto una volta terminato l'esame.

Il/la sottoscritto/a _____*Nato/a a* _____

Provincia di _____ *il* ___ / ___ / _____

DICHIARA

Di essere stato/a esaurientemente informato/a sull' indagine di elettromiografia EMG/ENG e sui rischi ad essa connessi dal Medico. Acconsente quindi a sottoporsi alle procedure in questione con uso di ago-elettrodo, elettrodi di superficie.

Data, ___ / ___ / _____

Firma del Paziente
o genitore/tutore del minore
o tutore/amministratore di sostegno/
legale rappresentante dell'incapace

_____

Spazio a cura del Medico

Io sottoscritto Dott. _____ Specialista in Neurologia, confermo di aver reso edotto il paziente circa la natura e lo scopo del trattamento, che non esistono controindicazioni all'esecuzione dell'esame e di aver risposto esaurientemente alle domande poste dallo stesso e di averne verificato la comprensione delle informazioni ricevute.

Luogo _____

Data, ___ / ___ / ____

Timbro e firma del Medico

_____

Gennaio 2023

CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso all'esecuzione di prestazioni diagnostiche di ELETTROMIOGRAFIA (EMG) e di ELETTRONEUROGRAFIA (ENG) sul minore

I sottoscritti

Nome _____ Cognome _____ (madre) C. F. _____

Nome _____ Cognome _____ (padre) C. F. _____

In qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale, ricevute le informazioni fornite dal prospetto allegato

DICHIARANO

il loro consenso all'esecuzione di prestazioni diagnostiche di eletromiografia (EMG) e di elettroneurografia (ENG) sul minore ***cognome e nome***

(Il consenso è validamente prestato se il presente modulo viene sottoscritto da almeno uno dei genitori esercenti la patria potestà. E' prevista la firma di entrambi i genitori esercenti la potestà genitoriale, o di uno solo munito di debita delega, nel caso di genitori separati/divorziati, cfr. art. 155 c.c. modificato dalla L. 54/2006)

Data, ___ /___ /_____

Firma madre _____ Firma padre _____

ATTO DI DELEGA

Io sottoscritto

in qualità di genitore / tutore / esercente la potestà genitoriale sul minore ***cognome e nome***

DELEGO

_____ , ricevute le informazioni fornite, a prestare il consenso al trattamento infiltrativo sul minore.

Data, ___ /___ /_____

Firma _____

Gennaio 2023

Sede Operativa: 35131 **PADOVA** - Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
Sede Operativa: 35143 **PADOVA** - TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
Sede Operativa: 31033 **CASTELFRANCO VENETO (TV)** - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa
Sede Operativa: 36061 **BASSANO DEL GRAPPA (VI)** - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli
Sede Legale: 35131 **PADOVA** - Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833
Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.
www.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it

CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso all'esecuzione di prestazioni diagnostiche di ELETTROMIOGRAFIA (EMG) e di ELETTRONEUROGRAFIA (ENG) sull'incapace

Io sottoscritto tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante

Nome _____ Cognome _____ (madre) C. F. _____

In qualità di tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante, ricevute le informazioni fornite dal prospetto allegato

DICHIARO

il mio consenso all'esecuzione di prestazioni diagnostiche di eletromiografia (EMG) e di elettroneurografia (ENG) sull'incapace (interdetto - inabilitato - amministrato)

cognome e nome

Data, ___ /___ /_____

Firma _____

Gennaio 2023