

COGNOME _____ NOME _____
N. ESAME _____**INFORMAZIONE SULLA METODICA**

Gentile signora/e,

desideriamo fornirle alcune informazioni circa l'esame cui si sottoporrà.

L'Elettromiografia (EMG) / Elettroencefalografia (ENG) è un esame neurofisiologico utilizzato quando si evidenzia clinicamente un deficit a carico del Sistema Nervoso Periferico. E' un metodo diagnostico affidabile, utile ed indispensabile che permette di riconoscere la presenza di una patologia a carico di radici nervose, plessi nervosi, nervi periferici, placca neuromuscolare e muscoli. La modalità di esecuzione dell'esame EMG/ENG e la scelta dei nervi e muscoli da esaminare viene di volta in volta stabilita sulla base del deficit neurologico e del quesito diagnostico posto dal medico curante che richiede l'esame. La modalità di esecuzione dell'esame EMG/ENG può inoltre modificarsi rispetto al programma iniziale, sulla base dei risultati ottenuti nel corso dell'esame stesso. L'esame EMG/ENG è complementare all'esame neurologico ed i suoi risultati devono quindi essere interpretati in relazione ai dati anamnestici ed al quadro clinico del paziente.

L'EMG viene eseguita dal medico e consiste nell'inserzione di un elettrodo ad ago (ago monouso) nei muscoli che si vogliono indagare. L'EMG studia l'attività del muscolo sia a riposo che durante contrazione volontaria. Per l'EMG è necessaria ed indispensabile la collaborazione del paziente. Con l'Elettroencefalografia (ENG) si studia la velocità di conduzione nervosa (VDC) e l'esame consiste nello stimolare, attraverso stimoli di natura elettrica, i nervi periferici e registrare con elettrodi di superficie le relative risposte sui tronchi nervosi (VDC sensitiva) o sui muscoli innervati dal quel nervo (VDC motoria).

POSSIBILI COMPLICANZE

L'Elettromiografia (EMG) / Elettroencefalografia (ENG) è una procedura che presenta un basso rischio di complicanze. L'inserzione dell'ago nei muscoli può provocare eritema ed ecchimosi. Il paziente deve essere informato che l'esecuzione dell'esame EMG ed ENG può risultare dolorosa e/o fastidiosa.

EVENTUALI CONTROINDICAZIONI ALL'ESAME

Il paziente, prima di effettuare la procedura, deve dichiarare al Medico se portatore di pace maker, se in cura con terapia anticoagulante, stato di gravidanza.

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto DICHIARO:

- di essere stato informato dal Medico, in modo comprensibile ed esauriente, sulle modalità di esecuzione dell'esame, sull'indicazione clinica e sulle eventuali complicanze che esso comporta;
- di essere stato informato che, nello specifico, sarà effettuato il seguente esame:
 - EMG
 - ENG
- di essere stato informato che, per l'esame EMG, se necessario, si utilizzeranno elettrodi ad ago e, per l'esame ENG, si utilizzerà uno stimolatore elettrico di superficie;
- di aver riflettuto sulla necessità della procedura, vantaggi ed eventuali complicanze.

Sulla base delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti, dichiaro di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza

 ACCONSENTO NON ACCONSENTO

di sottopormi all'atto sanitario proposto.

_____ Li ___ / ___ / ____

Nome e Cognome del Medico _____**Firma del Medico** _____**Firma del paziente** o di persona idonea _____

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela