



**Ambulatorio di elettromiografia**

**Recapiti: 041.2906401**

## CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ELETTROMIOGRAFIA (EMG)

**Io sottoscritto:**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Ho appreso che:**

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. Viene effettuato mediante inserimento di ago-elettrodo monouso in uno o più muscoli a scopo diagnostico per valutare la presenza di segni di sofferenza dei nervi o dei muscoli.

**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 (Sintrom, Coumadin, etc.) costituisce controindicazione relativa alle indagini con ago-elettrodi per il rischio di emorragie nei casi in cui le piastrine siano inferiori a 50.000/mm<sup>3</sup> 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.

**DICHIARO**

di essere stato informato dal dott. \_\_\_\_\_ della patologia di cui sono affetto, delle finalità e delle modalità del piano di trattamento, dei suoi rischi nonché delle conseguenze della sua mancata esecuzione. Sono stato/a esaurientemente informato/a sull'elettromiografia e sui rischi ad essa connessi.

**pertanto:**

**Acconso** di sottopormi alle procedure in questione

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 dell'interessato  
(o esercente patria potestà/tutore)

Timbro e  
firma del medico