

 CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	INFORMATIVA E CONSENSO ELETTROMIOGRAFIA	INFO_AMB-016 Rev. 0 del 23.11.23

Gentile Signora/Egregio Signore, una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale. Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il medico, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso. Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le caratteristiche dell'attività sanitaria in oggetto, le modalità di esecuzione, i benefici, nonché le possibili controindicazioni del trattamento. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico. La procedura diagnostico-terapeutica consigliata di **ELETTROMIOGRAFIA** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata. È importante che riferisca al medico informazioni veritiere sul suo stato di salute, al fine di valutare possibili controindicazioni all'esecuzione dell'esame.

INFORMAZIONI GENERALI SULL'ELETTROMIOGRAFIA

L'EMG è una tecnica che consente di registrare l'attività elettrica dei muscoli e dei nervi e di valutarne il loro stato di salute. Questo avviene tramite l'ausilio di un sottile elettrodo ad ago inserito nei muscoli da esaminare, che vengono poi analizzati a riposo ed a vari gradi di contrazione. E' dunque un esame strumentale che serve allo studio delle malattie del sistema nervoso periferico e dei muscoli per localizzare la sede di eventuali lesioni, stabilire la gravità o il decorso di una malattia in tali sedi. La registrazione dell'attività elettrica dei muscoli e dei nervi può dare informazioni utili per la rilevazione e localizzazione di eventuali sofferenze e fornire dati che, correlati alla storia clinica, portano ad escludere o definire la patologia (miopatia, neuropatia, radicolopatia, patologia della trasmissione neuro-muscolare). E' pertanto utile eseguirla, in modo particolare, in caso di:

- Dolori muscolari;
- Riduzione della forza;
- Disordini delle sensibilità.

Sono esami che non presentano carattere di urgenza e talora risultano significativi solo dopo alcune settimane dall'insorgenza del sintomo. Si specifica che non esistono al momento esami alternativi alla EMG/ENG.

MODALITA' DI ESECUZIONE DEL TRATTAMENTO

L'esecuzione dell'esame non prevede una preparazione particolare se non il lavaggio della cute delle aree che saranno sottoposte all'esame e non necessita del digiuno. Non è inoltre prevista la sospensione della terapia farmacologica in corso salvo diversa indicazione del proprio Medico curante. Per lo studio elettroencefalografico (**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, che registrano l'attività del muscolo in cui vengono inseriti. Gli aghi - elettrodo usati sono del tipo monouso e, quindi, offrono garanzia assoluta di sterilità. L'esame è di norma ben tollerato, ancorché in alcuni casi potrebbe dar luogo a locale dolenzia ed ecchimosi nelle ore successive, fastidio che comunque è transitorio. Non è necessario essere accompagnati, dopo l'esame si può svolgere qualunque attività, anche guidare.

POSSIBILI CONTROINDICAZIONI DELL'ELETTROMIOGRAFIA

Prima di eseguire l'esame è necessario informare il sanitario circa l'eventuale presenza di una delle seguenti situazioni, definite controindicazioni relative:

- 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.

Pertanto, consapevole dell'importanza di fornire informazioni precise e veritiere in merito al mio stato di salute, in quanto il trattamento potrebbe non essere indicato o addirittura controindicato in presenza di alcune patologie e/o stati personali, dichiaro:

È Portatore di pace-maker cardiaco, di catetere cardiaco o di protesi valvolari?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È affetto da trombocitopenia, emofilia, valvulopatia cardiaca?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Assume attualmente terapia anticoagulante?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È in stato di gravidanza, accertata o presunta?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**INFORMATIVA E CONSENSO
ELETTROMIOGRAFIA**

ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' DEL PAZIENTE

Ho discusso con il medico dei possibili rischi e delle eventuali prevedibili conseguenze specificamente connessi con la situazione che mi riguarda e ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito all'atto sanitario in argomento. Ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati. Dichiaro di essere stato informato/a sul tipo di rischi che la stessa potrebbe comportare. Sono altresì informato che, nel caso in cui rifiutassi di effettuare l'esame proposto dal medico, potrebbe essere valutata l'opportunità di eseguire un trattamento alternativo laddove possibile, essendo tuttavia informato che la non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare: 1) un'incompletezza nell'iter diagnostico con una carente formulazione della diagnosi finale; 2) l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la limitata possibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

DATI IDENTIFICATIVI

NOMINATIVO

DATA DI NASCITA

NOMINATIVO DEL / DEI GENITORI O TUTORE LEGALE SE MINORE/INCAPACE:

DATI SANITARI

DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA E/O DELLA ESIGENZA CLINICA

.....

.....

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALL'ELETTROMIOGRAFIA

Io, sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato/a circa la necessità di sottopormi all' ELETTROMIOGRAFIA. Ho dunque ricevuto informazioni, chiarimenti e risposte esaurienti ad ogni mia domanda da parte del medico responsabile dell'atto sanitario, letto e compreso la descrizione riportata sul presente modulo relativa agli scopi, alla modalità di esecuzione e alle possibili complicanze di questo esame. Dichiaro inoltre di aver osservato le indicazioni riportate nel modulo di preparazione all'esame. Sulla base delle informazioni apprese mediante l'informativa che precede il presente documento, nonché sulla base delle spiegazioni chiare e comprensibili ricevute durante il colloquio con il/la Dott. / D.ssa. sulle modalità, le indicazioni, le controindicazioni dell'esame ed i rischi connessi, il/la sottoscritto/a in qualità di:

- diretto interessato al trattamento
- tutore di
- esercente la responsabilità genitoriale su

acconsente

non acconsente

All'esecuzione dell'atto sanitario sopra indicato.

Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):

Confermo di aver spiegato la natura e lo scopo dell'atto sanitario in oggetto con particolare riferimento alle modalità di esecuzione, benefici e rischi ad esso connessi.

Firma del medico:

Il/la sottoscritto/a (Paziente): dichiara inoltre di essere a conoscenza che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore. Concordo sul fatto che la pratica medica e chirurgica non sia una scienza esatta dipendendo in parte dalle variabili soggettive del paziente che per definizione è unico. Benché nel caso specifico siano previsti buoni risultati, questi non possono essere garantiti come certi ma come ipotesi possibili. Preso atto di tutte le informazioni ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una decisione consapevole.

Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):