

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	<b>CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO</b>	<b>M-AMB-03</b>
	<b><u>AMBULATORIO DI NEUROLOGIA</u></b>	Rev. n. 4
	<b>INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENTO PER ESAME ELETTRONEUROGRAFICO</b>	Ultima Rev.: 13/04/2021

Gentile Utente,  
 le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura a cui verrà sottoposta/o Lei o il Suo familiare. La preghiamo pertanto di leggerle attentamente.  
 Potrà comunque chiedere ulteriori chiarimenti al Suo Medico curante o al Medico esaminatore, prima dell'esecuzione dell'indagine.

### **CHE COSA E' L'ESAME ELETTRONEUROGRAFICO**

E' un'indagine diagnostica che serve a valutare la funzionalità dei muscoli (ELETTRONEUROGRAFIA-EMG) e dei nervi (ELETTRONEUROGRAFIA-ENG).

E' utile effettuarla nei casi di dolori, riduzione della forza e/o disordini della sensibilità.

La registrazione dell'attività elettrica dei muscoli e dei nervi fornisce informazioni utili alla rilevazione e alla localizzazione di eventuali sofferenze nonché dati che, correlati alla storia clinica personale del paziente, portano ad escludere o definire la patologia (miopatia, neuropatia, radicolopatia, patologia della trasmissione neuro-muscolare).

Non esistono al momento esami alternativi alla ELETTRONEUROGRAFIA.

E' un esame che non presenta carattere di urgenza e talora risulta significativo solo dopo alcune settimane dall'insorgenza del sintomo.

### **COME SI EFFETTUA L'ESAME**

In genere l'esame si articola in due parti:

1. Studio della conduzione del nervo (elettroneurografia): sulla cute vengono applicati degli elettrodi di superficie, fissati con cerotti ipoallergenici. In seguito vengono erogati stimoli elettrici che provocano un lieve movimento del muscolo interessato.
2. Esame con elettrodo ad ago (elettromiografia): nel muscolo da esaminare viene inserito un elettrodo ad ago, per registrare l'attività elettrica a riposo e durante la contrazione muscolare. Gli aghi-elettrodo usati sono del tipo monouso e, quindi, offrono garanzia assoluta di sterilità.
3. Esame condotto in relazione alla standardizzazione dei parametri elettrofisiologia della maggiore età.

La durata dell'esame varia dai 30 ai 60 minuti, a seconda del quesito diagnostico.

E' importante essere collaborante durante il test. E' necessario spegnere il telefono cellulare.

### **EVENTUALI COMPLICANZE**

L'esame è di norma ben tollerato, ancorché in alcuni casi potrebbe dar luogo a locale dolenzia ed ecchimosi nelle ore successive, fastidio che sarebbe comunque transitorio. Non è necessario essere accompagnati: si potrà guidare l'automobile.

Di norma, il referto è riconsegnato il giorno stesso dell'esame. In caso contrario, il Medico anticiperà verbalmente l'esito.

### **PREPARAZIONE NECESSARIA- RACCOMANDAZIONI**

- Fare un bagno per essere sicuri di rimuovere dalla pelle creme o lozioni;
- Salvo diversa indicazione del proprio Medico curante, assumere i farmaci come di consueto. Avvisare il Medico esaminatore nel caso in cui si prendano anticoagulanti o Mestinon;
- Segnalare al Medico se si è portatori di pace-maker o stimolatori elettrici;
- Segnalare al Medico se si è portatori di patologie infettive;
- Fornire la documentazione clinica relativa ad accertamenti precedentemente eseguiti per il problema per cui si esegue l'esame;

NON E' NECESSARIO IL DIGIUNO.

## DICHIARAZIONE DI CONSENTO

### DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_\_

### DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI TITOLARI CONSENTO:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_\_

Documento identificativo \_\_\_\_\_

In qualità di:  GENITORE (se Paziente minorenne)  TUTORE  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO  
 ALTRO \_\_\_\_\_

### Dichiaro di:

- aver letto e compreso l'informativa;
- di essere stato/a informato/a in modo completo ed esauriente sulle indicazioni cliniche dell'esame, sue finalità, modalità di esecuzione, alternative;
- di aver ricevuto risposte approfondite e comprensibili ai chiarimenti da me richiesti.

Pertanto

- ACCONSENTO** all'esecuzione dell'esame elettromiografico  
 **NON ACCONSENTO** all'esecuzione dell'esame elettromiografico

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente o del Titolare del consenso \_\_\_\_\_

Firma del Medico\_\_\_\_\_

*In qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario è possibile revocare il proprio consenso*

### REVOCA DEL CONSENTO

Io sottoscritto/a

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**REVOCO** il consenso all'atto sanitario su indicato.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_

Firma del Medico\_\_\_\_\_

\*\* Il CONSENSO INFORMATO del Paziente deve necessariamente essere stampato fronte / retro.