



**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE  
CONSENSO INFORMATO  
ELETTROMIOGRAFIA/ELETTRONEUROGRAFIA (EMG/ENG)**

Alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha inizio un incontro tra Medico e il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ il quale dichiara

- di non rifiutare di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il test indicato
- rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il test indicato con riferimento alle seguenti informazioni:

\_\_\_\_\_

- indica i seguenti familiari o la persona di sua fiducia incaricati di ricevere le informazioni e di esprimere il consenso in sua vece:

\_\_\_\_\_

- essere stata informata/o in modo chiaro e comprensibile dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_ mediante colloquio e consegna del presente scritto alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

in particolare, è stata fornita un'informazione dettagliata riguardo alla patologia da cui sono affetto: \_\_\_\_\_

**COS'E' L'ELETTROMIOGRAFIA/ELETTRONEUROGRAFIA (EMG/ENG)**

E' un esame che serve a valutare la funzionalità dei muscoli e dei nervi

L'EMG è una tecnica che consente di registrare l'attività elettrica dei muscoli e di valutare 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. Gli aghi - elettrodo usati sono del tipo monouso e, quindi, offrono garanzia assoluta di sterilità.

L'ENG è una tecnica che consente di registrare le modalità di trasmissione del segnale lungo i nervi motori (che portano il comando di contrazione ai muscoli) e sensitivi (che permettono di

percepire le varie sensibilità). Tutto questo avviene tramite l'ausilio di piccoli elettrodi messi a contatto della pelle di mani, piedi o viso con dell'adesivo, e di leggeri stimoli elettrici erogati sul nervo in vari punti predefiniti

Non esistono al momento esami alternativi alla EMG/ENG.

E' utile effettuare una EMG/ENG nei casi di dolori, riduzione della forza e/o disordini della sensibilità. 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.

Salvo diversa indicazione del proprio Medico curante, assumere i farmaci come di consueto.

Avvisare il Medico esaminatore nel caso in cui si prendano anticoagulanti (tipo Sintrom, Coumadin, Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Lixiana...) 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 o di malattie del sangue;

## **MODALITA' DI ESECUZIONE**

In genere l'esame si articola in due parti:

1. Studio della conduzione del nervo (elettro-neurografia): vengono applicati gli elettrodi di superficie sulla cute. In seguito vengono erogati stimoli elettrici che provocano un lieve movimento del muscolo interessato.
2. Esame con elettrodo ad ago (elettromiografia): viene inserito nel muscolo da esaminare un elettrodo ad ago sterile, per registrare l'attività elettrica a riposo e durante la contrazione muscolare. 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.

## **COMPLICAZIONI**

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.

*Il/La paziente è stato/a altresì informato/a che in questo Istituto non esiste una UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica), pertanto in caso di tale necessità ci potrebbe essere un trasferimento in altra struttura ospedaliera*

---

---

Ciò premesso, il/la Paziente alle ore \_\_\_\_\_

**Dichiara** che quanto sopra descritto

era /  NON era stato già oggetto di informativa resa in occasione di altri/o incontri/o con lo stesso o con altri sanitari della medesima U.O.

**Dichiara di**

- essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente
- non esserlo stato

**Dichiara, altresì, di**

- avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto
- non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che gli/le sono stati già forniti
- di porre le seguenti domande:
- 
- 

a cui  viene fornita esauriente risposta  NON viene fornita esauriente risposta

Quindi, consapevolmente lo/la stesso/a:

**ACCONSENTE**  **NON ACCONSENTE**  liberamente ad essere sottoposto ad

Elettromiografia/elettroencefalografia anche con ago

Elettroencefalografia senza ago

Dichiara di essere stato/a adeguatamente informato dell'utilizzo di aghi e scosse elettriche, dei suoi rischi e possibili complicanze in particolare delle possibili reazioni dolorose nei punti di esplorazione con ago – elettrodo e della possibilità di piccoli sanguinamenti nei punti di inserimento degli aghi

Dichiara (cerchiare                      la voce che interessa)

Di            essere            non essere            portatore di Pace-maker o di stimolatore elettrico cardiaco  
..... o in altro distretto corporeo

Di            assumere            non assumere            terapia anticoagulante (Sintrom, Coumadin, Xarelto,  
.....Pradaxa, Eliquis, Lixiana...)

Di            essere            non essere            affetto da malattie infettive croniche (epatite B, C...) o da  
.....malattie della coagulazione

Se si specificare quali \_\_\_\_\_

**Acconsente**  **Non acconsente**  al test medico proposto.

**DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO** le informazioni sul trattamento dei dati personali rese dall'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari. Per informazioni dettagliate circa il trattamento dei dati personali si rinvia al sito internet: <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs> nell'apposita sezione "Privacy"

Il colloquio termina alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Firma del Medico

Firma del/della paziente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## REVOCA del Consenso

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ il/la paziente manifesta la propria intenzione di revocare il consenso sopra espresso.

il Medico \_\_\_\_\_ prospetta al paziente (e ai suoi familiari poiché vi ha consentito) le conseguenze di tale decisione sintetizzabili come segue: \_\_\_\_\_

il Medico descrive le possibili alternative sintetizzabili come segue: \_\_\_\_\_

Il Medico propone di intraprendere le seguenti azioni (anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica): \_\_\_\_\_

Il Paziente, avendo ben compreso quanto descritto dal Medico pone le seguenti domande: \_\_\_\_\_

a cui  viene fornita esauriente risposta  NON viene fornita esauriente risposta

alle ore \_\_\_\_\_

il paziente

Revoca il consenso precedentemente manifestato

NON lo revoca

Firma Paziente \_\_\_\_\_

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