



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

Alle ore _____ del _____ ha inizio un incontro tra Medico e i sottoscritti
_____, nato/a _____
il _____ e _____, nato/a _____
il _____ i quali dichiarano ex art. 46 DPR 445/00 di essere genitori del
minore _____ nato il _____ a _____ esercenti la
potestà genitoriale sullo stesso.

Gli stessi dichiarano di essere stati informati in modo chiaro e comprensibile dal
Prof./Dott. _____ in relazione allo stato di salute del
minore _____ e agli atti medici proposti come di seguito sintetizzati.

in particolare, è stata fornita un'informazione dettagliata riguardo alla patologia da cui il
minore è 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 Mestinson;

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.

I genitori del/della paziente sono stati altresì informati 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, i Sig.ri _____ alle
ore _____

Dichiarano 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.

Dichiarano di

- ☐ essere stati invitati a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente
☐ non esserlo stati

Dichiarano, altresì, di

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

_____ a cui ☐ viene fornita esauriente risposta ☐
NON viene fornita esauriente risposta

Quindi, consapevolmente gli stessi:

ACCONSENTONO ☐ **NON ACCONSENTONO** ☐

liberamente che il minore sia sottoposto ad

Elettromiografia/elettroencefalografia anche con ago ☐

Elettroencefalografia senza ago ☐

Dichiarano di essere stati adeguatamente informati 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

Dichiarano (cerchiare voce che interessa)

Che il minore sia non sia portatore di Pace-maker o di stimolatore
elettrico cardiaco o in altro distretto corporeo

Che il minore assuma non assuma terapia anticoagulante (Sintrom,
Coumadin, Xarelto, Pradaxa, Eliquis,
Lixiana...)

Che il minore sia non sia affetto da malattie infettive croniche (epatite
B, C...) o da malattie della coagulazione

Se si specificare quali _____

Quindi, consapevolmente gli stessi

Acconsentono ☐ **Non acconsentono** ☐ al test medico proposto.

☐ **DICHIARANO 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 dei genitori del paziente

REVOCA del Consenso

In data _____ alle ore _____ i genitori del minore _____ manifestano la propria intenzione di revocare il consenso sopra espresso.

il Medico _____ prospetta loro 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): _____

I genitori, avendo ben compreso quanto descritto dal Medico pongono le seguenti domande: _____

a cui ☐ viene fornita esauriente risposta ☐ NON viene fornita esauriente risposta

alle ore _____

i genitori del minore _____

☐ Revocano il consenso precedentemente manifestato

☐ NON lo revocano

Firma dei genitori del paziente

Firma Medico
