

DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ELECTROMIOGRAFÍA

Paciente	Historia	Habitación
_____	_____	_____
Nombre Paciente:		
Dr:		
C.I.A.:		
Planta:		
F. Ingreso:F. Nacimiento:		

1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La electromiografía (EMG) es una prueba para estudiar cómo funcionan muchos de los nervios que transmiten la sensibilidad y la fuerza, así como los músculos. La prueba la realiza un médico neurofisiólogo que para explorar los nervios colocará unos electrodos de superficie en lugares precisos del cuerpo, sobre todo en extremidades, dando unos estímulos repetidos de corriente eléctrica. Para explorar los músculos suele ser necesario utilizar un electrodo especial en forma de aguja fina, desechables, y por tanto sin riesgo alguno de contagios, que se introduce y registra la actividad eléctrica muscular. Con estas agujas no se inyecta ninguna sustancia ni se da corriente eléctrica. En la realización de esta prueba es necesario que acuda con el cuerpo limpio sin aplicarse cremas hidratantes ni otros productos cosméticos. No debe venir en ayunas, puede desayunar o comer normalmente.

La prueba se hará con mayor rapidez y facilidad cuanto más tranquilo esté usted. Su duración suele ser de 30 a 60 minutos.

2. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Ayuda a determinar si los síntomas que presenta el paciente se deben a alteraciones de estas estructuras, y donde se encontraría el problema.

Aporta una ayuda importante en el diagnóstico de su enfermedad, por lo que es necesario que se la realice si así lo considera su médico responsable.

3. ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

En la actualidad esta prueba no puede sustituirse por otra que proporcione una información similar sobre la función del nervio y músculo.

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

No producen ninguna consecuencia negativa previsible.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de no realizarse se perdería información diagnóstica o de seguimiento que podría ser importante para el seguimiento y tratamiento correcto.

6. RIESGOS FRECUENTES

Esta exploración suele ser poco dolorosa, y generalmente bien tolerada. No producen ninguna consecuencia importante previsible.

7. RIESGOS POCO FRECUENTES

Las punciones con el electrodo de aguja conllevan un mínimo riesgo de sangrado local, pudiendo producirse un pequeño hematoma en muy raras ocasiones, que se resolverá espontáneamente en horas o días. Existe un mínimo riesgo de infección local.

8. RIESGOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

Es importante que indique al personal responsable si usted padece alguna enfermedad (de pulmón, corazón etc.), en particular si lleva un marcapasos cardíaco, así como qué medicaciones está consumiendo, como, anticoagulantes (Sintrom ®) etc.



9. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Don/doña..... de..... años de edad, con domicilio en.....
.....,DNI y nº de SIP

Don/doña..... de..... años de edad, con domicilio en
.....
en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente.....
.....

DECLARO:

Que el Doctor/a..... me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi
situación la realización de.....
.....

En..... a de de 2.....

Fdo.: Don/doña..... DNI.....

Fdo.: Dr/a..... DNI.....

Nº de colegiado:

10. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... de..... de 2.....y no deseo proseguir el
tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En..... a de de 2.....

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Nº de colegiado: