

 NEMOCNICE HOŘOVICE	INFORMOVANÝ SOUHLAS ELEKTROMYOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ (EMG)
	IS - 002 N Verze: 01

Identifikační údaje pacienta/ky:	Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:
Jméno a příjmení:	Jméno a příjmení:
Rodné číslo:	Rodné číslo:
Trvalé bydliště:	Trvalé bydliště:
Zdravotní pojišťovna:	Vztah k pacientovi:
Oddělení:	

Vážená paní, Vážený pane,

protože se významným způsobem podílíte na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a. V případě nejasností Vám lékař neurologického oddělení v ústním rozhovoru zodpoví všechny Vaše dotazy.

Důvod (indikace) tohoto výkonu:

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu a předchozích vyšetření Vám bylo lékařem doporučeno elektromyografické vyšetření (dále jen EMG). Jedná se o vyšetřovací metodu používanou k určení typu, tíže, lokalizace a stáří poruch periferních nervů, neurosvalového přenosu a kosterního svalstva.

A/ Vyšetření vedení nervů tzv. *kondukční studie*

Postup při provádění vyšetření:

Lékař nebo sestra Vám na kůži končetin nebo obličeje přiloží elektrody, které umístí nad vyšetřovaný nerv. Během vyšetření jste uzemněni pomocí zemnicí elektrody na končetině. Jeden pár elektrod elektricky dráždí nerv, další pár snímá odpověď nervu či svalu. V některých případech je k snímání nervů zapotřebí zavést tenkou snímací jehličku. Během vyšetření ležíte na vyšetřovacím lůžku či sedíte na vyšetřovacím křesle.

Samotné vyšetření trvá od 10 do 45 minut, podle množství vyšetřovaných nervů. Dráždění nervu elektrickým impulsem může být mírně bolestivé, často připomíná úder do „brňavky“. Vyšetření nezanechává žádné následky. Podobným způsobem jen opakovanou stimulací se vyšetřuje porucha nervosvalového přenosu.

Kontraindikace:

Zánětlivé nebo bolestivé procesy v místě vyšetření, mechanická překážky. Voperovaný kardiostimulátor tzv. „budík na srdce“, při tomto stavu se nevyšetřuje krční oblast.

B/ Vyšetření funkce svalů tzv. *jehlová elektromyografie*

Postup při provádění vyšetření:

Lékař nebo sestra Vám zavede snímací jehlové elektrody do vyšetřovaného svalu (zavedení je mírně bolestivé). Poloha jehly ve svaly se několikrát mění a podle potřeby se postupně vyšetřuje i více svalů z různých končetin nebo částí těla.

Dobu samotného vyšetření nelze přesně určit, je závislá na rozsahu potřebného vyšetření. Časové rozpětí se pohybuje mezi 15 až 90 minutami.

Kontraindikace:

Pacienti s dlouhodobým užíváním antikoagulační terapie, při vyšetření nad INR .

Režim pacienta před provedením vyšetření:

Samotné vyšetření vyžaduje minimální přípravu, tou je čistě umyté tělo bez použití krémů, mastí olejů apod. Není nutné omezit stravovací režim nebo vysadit léky. Před vyšetřením můžete normálně jíst i pít.

Režim pacienta po provedení vyšetření:

Režim doporučený ošetřujícím lékařem, odpovídající Vaší diagnóze či Vaším obtížím. U pacientů užívajících chronickou antikoagulační terapii či antiagregační terapii (např. Anopyrin, Warfarin atd.) se posléze mohou vytvořit v místech vyšetření malé modřiny. Výsledky vyšetření obdržíte zpravidla do týdne od Vašeho ošetřujícího lékaře nebo dle domluvy.

Vysvětlující pohovor provedl dne:

(razítko a podpis lékaře)

1) Prohlašuji, že jsem byl/a řádně a srozumitelně lékařem informován/a (poučen/a) o důvodu, předpokládaném úspěchu, způsobu provedení, následcích i možných komplikacích plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní následky, pokud plánovaný výkon nepodstoupím/osoba mnou zastupovaná nepodstoupí (odmítnu).

Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, a pokud tomu tak bylo, na veškeré mé dotazy jsem obdržel/a vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a.

2) Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů k záchraně života, budou tyto výkony provedeny.

3) Mé osobní údaje/osobní údaje osoby mnou zastupované a údaje ze zdravotní dokumentace týkající se mého zdravotního stavu/zdravotního stavu osoby mnou zastupované budou poskytnuty v případě poškození mého zdraví/zdraví osoby mnou zastupované pojišťovně, u které má Nemocnice Hořovice (NH) pojištěnu odpovědnost za škodu a pojistnému makléři spravujícímu tato pojištění. Zúčastnění jsou povinni dodržovat příslušnou legislativu k ochraně osobních údajů. (prosím označte takto)

souhlasím

nesouhlasím

5) Byl/a jsem seznámen/a s právem pacienta odmítnout navrhovaný postup a/nebo kdykoliv odvolat svůj souhlas s výkonem. Přečetl/a jsem si celý obsah tohoto informovaného souhlasu před tímto výkonem.

S provedením výše uvedeného výkonu u mně/osoby mnou zastupované souhlasím a „Informovaný souhlas“ svobodně a bez jakéhokoliv nátlaku vlastnoručně podepisuji.

Datum

.....
Podpis pacienta/tky, zákonného zástupce, opatrovníka

Vyplní lékař:

Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):

aktuální stav pacienta neumožnil jeho vyjádření k navrženému postupu/výkonu

pacient (zákonný zástupce-identifikace) odmítl podepsat

z důvodu:.....

Způsob projevu souhlasu:

Způsob projevu nesouhlasu:

Datum:

Podpis svědka/ů:

Podpis a jmenovka lékaře: