



**POLIKLINIKA I.P. PAVLOVA**

## **Informovaný souhlas – provedení EMG**

Jméno, příjmení ..... r.č.: .....

bytem .....

Trvalá medikace (léky) .....

Alergie .....

Výška: ..... Váha: .....

### **Informace o právech klienta**

Vážená klientko, vážený kliente,

dovolte nám přivítat Vás na naší poliklinice a ujistit Vás, že si velmi vážíme Vaší důvěry. Chceme Vás touto formou informovat o plánovaném léčebném výkonu.

Věnujte proto, prosím, náležitou pozornost následujícím informacím.

Lékař, který provádí výkon a poučení, je Vaším partnerem, který je Vám při Vašem rozhodování nápomocen. Za tím účelem Vám poskytuje informace o účelu a povaze zákroku, jakož i jeho důsledcích a rizicích. Je připraven Vám zodpovědět veškeré Vaše další doplňující dotazy týkající se plánovaného lékařského zákroku. Budte ujištěni, že žádný lékařský zákrok, který je Vám lékařem našeho zdravotnického zařízení navržen, není z lékařského hlediska nevhodný. Důvodem Vaší účasti na rozhodování o provedení konkrétního lékařského zákroku je především zohlednění Vašich osobních preferencí, Vašich specifických požadavků a v neposlední řadě Vaší plné informovanosti.

### **Informace o plánovaném výkonu**

Následující text sumarizuje průběh výkonu, který napomáhá k řešení Vašich obtíží. Prosíme, využijte svého práva klást lékaři doplňující dotazy k odstranění Vašich jakýchkoliv pochybností a nejasností ohledně plánovaného výkonu. Pokud lékař užívá odborných termínů, kterým jako laik nerozumíte, prosím, neváhejte jej na tuto skutečnost upozornit.

Elektromyografické vyšetření provádí lékař specialista a jedná se o pomocnou vyšetřovací elektrofyzilogickou metodu k posouzení funkčního stavu zejména periferních nervů a svalového systému, pomáhá určit lokalizaci, charakter a stupeň postižení, dokáže i sledovat průběh onemocnění v čase a odezvu na terapeutické postupy. Vyšetření zahrnuje část neinvazivní – stimulaci povrchně uložených periferních nervů elektrickým impulzem aplikovaným na povrchu kůže, výběrově doplněně o část invazivní – vyšetření svalů jehlovou registrační elektrodou. Přes určitou míru „nepříjemnosti“ vyšetření pro pacienta je tato metoda nezastupitelná pro diagnostiku mnoha jak primárních, tak sekundárních postižení nervosvalového systému.

Není potřeba žádná zvláštní příprava. Před vyšetřením není vhodné promašťovat kůži ve vyšetřované oblasti. V zimním období se prosím dostavte k vyšetření s předstihem z důvodu zahřátí končetin. Mastná a chladná pokožka mohou zkreslit snímané hodnoty při EMG vyšetření.

### **Možná rizika spojená s provedením výkonu**

Neinvazivní vyšetření vedení periferními nervy není rizikové, vyjma u pacientů s implantovaným kardiostimulátorem. Invazivní vyšetření svalů jehlovou elektrodou může být rizikové u pacientů na léčbě léky ovlivňujícími krevní srážlivost. Při invazivním vyšetření svalů jehlou elektrodou jsou v naší laboratoři používány výhradně jednorázové sterilní jehlové elektrody, tímto je vyloučen přenos infekčního onemocnění z pacienta na pacienta. Pacienti s infekčním onemocněním (žloutenka, AIDS, nosiči MRSA bakterie) jsou povinni před vyšetřením informovat lékaře EMG laboratoře o této skutečnosti.



## POLIKLINIKA I.P. PAVLOVA

### Kontraindikace

EMG vyšetření nemá absolutní kontraindikace, má však relativní kontraindikace, těmi jsou přítomnost implantovaného kardiostimulátoru, antikoagulační léčba – v obou případech je možné provést vyšetření v omezeném rozsahu.

**Budete-li vyšetření špatně tolerovat, je možné jej na Vaši výslovnou žádost předčasně ukončit, zároveň to však může snížit diagnostickou výtěžnost vyšetření.**

### Prohlášení a souhlas klienta

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně informován/a o povaze ošetření a byl/a jsem informován/a i o možných rizicích tohoto výkonu. Přečetl/a jsem si informace o možných rizicích a komplikacích vyšetření a vyšetření podstupuji na vlastní zodpovědnost. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující otázky\* a mé dotazy byly zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením lékařského výkonu. Všemmu jsem porozuměl/a a s navrženým postupem souhlasím.

Prohlašuji, že si nejsem vědom/a, že mám, nebo jsem měl krví přenosné onemocnění typu žloutenka B, C, AIDS. Nejsem si vědom/a že jsem nosičem MRSA bakterie.

V Praze dne:

Podpis klienta

Poučení provedl:

Podpis pracovníka

\* Byly kladeny tyto otázky: