



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?:** L'electromiografia (EMG) és una prova per a estudiar com funcionen molts dels nervis que transmeten la sensibilitat i la força, així com els músculs. Ajuda a determinar si els símptomes que presenta el/la pacient es deuen a alteracions d'aquestes estructures, i on es troba el problema. Aporta una ajuda important en el diagnòstic de la seua malaltia, per la qual cosa és necessari que se la realitze si així ho considera el seu metge/essa responsable.
2. **Com es realitza?:** La prova la realitza un/a metge/essa neurofisiòleg/òloga, que per a explorar els nervis col·locarà uns elèctrodes de superfície en llocs concrets del cos, sobretot en extremitats, i donarà uns estímuls repetits de corrent elèctric. Per a explorar els músculs sol ser necessari utilitzar un elèctrode especial en forma d'agulla fina, d'un sol ús, i per tant sense cap risc de contagis, que s'introdueix i registra l'activitat elèctrica muscular. Amb aquesta agulla no s'injecta cap substància ni es dona corrent elèctric. En la realització d'aquesta prova és necessari que acudisca amb el cos net sense aplicar-se cremes hidratants ni altres productes cosmètics, i no ha de vindre en dejú, de manera que pot desdejunar o dinar normalment.

La prova es farà amb major rapidesa si està tranquil/il·la, i la seua duració sol ser de 30 a 60 minuts aproximadament.

3. **Quins són els riscos?:** Aquesta prova sol ser poc dolorosa, i generalment ben tolerada. No produeix cap conseqüència important previsible. Si porta marcapassos externs es recomana no realitzar l'exploració. En cas de marcapassos bipolars interns no existeix interferència amb el seu funcionament. Per als marcapassos monopolars interns i desfibril·ladors existeix un risc d'interferència del senyal elèctric de l'estímul elèctric de l'EMG amb el marcapassos, que inhibiria el seu funcionament mentre dura l'estímul (0.1 a 1 mil·lisegon), la qual cosa fa molt improbable que es produísca una repercussió sobre el/la pacient.
 - **Freqüents (més del 10%):** Les puncions amb elèctrode d'agulla comporten un mínim de sagnat local, que es resoldrà espontàniament en hores o dies.
 - **Infreqüents (menys de 10%):** En pacients amb marcapassos monopolars interns i desfibril·ladors, es pot produir interferència en el seu funcionament mentre duren els estímuls (0.1 a 1 mil·lisegons), per la qual cosa es recomana consultar amb el seu cardiòleg/òloga perquè valore la necessitat d'inactivar el marcapassos durant la realització de l'exploració. Existeix un mínim risc d'infecció local o hematoma.
4. **Conseqüències previsibles de la realització:** La realització d'aquesta prova no produeix cap conseqüència negativa previsible.
5. **Conseqüències previsibles de la no realització:** En el cas de no realitzar-se aquesta prova, es perdria informació diagnòstica o de seguiment, que podria ser important per al seguiment i tractament correcte.
6. **Alternatives:** En l'actualitat, aquesta prova no pot substituir-se per una altra que proporcione una informació similar sobre la funció del nervi i múscul.
7. **Riscos en funció de la seua situació:** ha d'indicar al personal responsable quines medicacions està consumint per si poden interferir en els resultats de l'exploració.

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT
NÚM. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT:	PROVÍNCIA	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC

DADES REPRESENTANT LEGAL

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	-------------------	----------------

DADES PROFESSIONAL

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	NUM. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessària la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant:

Autoritze la realització d'aquest procediment

No autoritze la realització d'aquest procediment

_____ de _____ de _____

Pacient / el/la seu/a representant

Metge/ metgessa

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____ de _____ de _____

Pacient / el/la seu/a representant.

Metge/ metgessa

Signatura: _____

Signatura: _____

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

_____ de _____ de _____

Pacient / el/la seu/a representant.

Metge/ metgessa

Signatura: _____

Signatura: _____

UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS

He sigut informat/a que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb finalitats científiques i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i el meu anonim. Per això:

AUTORITZE:

NO AUTORITZE:

Pacient / el/la seu/a representant.

Metge/ metgessa

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

Pacient / el/la seu/a representant.

Metge/ metgessa

Signatura: _____

Signatura: _____