

**CONSENTIMIENTO INFORMADO: ELECTRODIAGNOSTICO
(ELECTROMIOGRAFIA+VELOCIDAD DE NEUROCONDUCCION)**

CIUDAD _____ FECHA _____ HORA _____

Generalidades:

El examen de electro diagnóstico: electromiografía y velocidad de conducción nerviosa, es un procedimiento que entrega como BENEFICIO información respecto de la actividad de los nervios periféricos y de los músculos correspondientes. El estudio de velocidad de conducción nerviosa corresponde a la estimulación de un nervio periférico con un impulso eléctrico obteniéndose la información necesaria sobre el funcionamiento de éste, y que el estudio de electromiografía es un examen invasivo donde se evalúa, puncionando con un electrodo de registro (tipo aguja), la actividad del músculo en reposo y durante un esfuerzo. Esta información permite estudiar un posible compromiso del músculo, secundario a un daño neurológico periférico o un daño primario de éste. Las únicas IMPLICACIONES o contraindicaciones relativas para la realización del examen son el uso de marcapasos cardíaco y/o el tratamiento con anticoagulantes. El examen puede ser molesto y en cierta forma doloroso según la zona donde se realice el estudio; dentro de los RIESGOS que pueden presentarse para velocidad de conducción se ha descrito del aumento de la sensibilidad de la piel causada por los electrodos y para el caso de la electromiografía se han descrito algunas complicaciones tales como dolor, infección cutánea, equimosis y sangrado leve. Todas estas complicaciones ocurren en una baja frecuencia y esta IPS dispone de los planes de acción necesarios para intentar solucionarlas.

Considerando lo anterior, yo, _____, identificado con C.C. _____ de _____, declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, así como de los riesgos este procedimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Me han explicado sobre ALTERNATIVAS de atención, segundo concepto clínico si lo considero y mi autonomía de iniciar o no, o suspender en cualquier momento, este examen.

A tener en cuenta que según mi condición de salud actual

1. Uso de marcapaso cardíaco. SI _____ NO _____
2. Estoy en tratamiento con anticoagulante. SI _____ NO _____

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **ELECTROMIOGRAFÍA Y VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN NERVIOSA.**

Firma del Usuario
Nombre:
Documento:

Firma del Profesional
Nombre:
Documento: