

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

(stává se součástí dokumentace)

Jméno, příjmení pacienta:		Datum narození:
Lékař zodpovědný za poučení pacienta:		
Pracoviště /oddělení:		

<b>Poučení pacienta o výkonu:</b>	<b>Elektromyografie (EMG) - jehlovou metodou</b>
Účel provedení výkonu /indikace/:	EMG je pomocná vyšetřovací metoda, která slouží k diagnostice onemocnění periferního nervového systému, svalstva, případně nervosvalového přenosu. Toto vyšetření sestává ze dvou částí: testů vedení a jehlové studie.
Průběh výkonu:	<p><b>Testy vedení</b> spočívají v aplikaci série elektrických impulsů, náš přístroj pak vyhodnotí odpovědi svalu nebo nervu na ten který impuls. Pomocí tohoto jsme pak informováni o případných chorobných procesech nervových struktur.</p> <p>Ve většině případů po testech vedení nervy následuje <b>jehlová studie</b>. Jedná se o zavedení tenké sterilní jehly do svalů, snímáme pak elektrické projevy svalové činnosti. Jehly jsou tenké a ostré, přesto však mohou být některé vpichy bolestivé.</p>
Možné komplikace /omezení/:	<p>Impulsy mohou být citlivými klienty vnímány nepříjemně až bolestivě, toto však představuje jediné úskalí testů vedení. Určité opatrnosti je zapotřebí <u>u pacientů s kardiostimulátorem</u>, informujte proto předem sestru, máte-li jej. Možná úskalí jehlové studie jsou krvácení v místě vpichu, existuje i nepatrná možnost zavedení infekce, toto riziko je stejně velké jako při jakémkoliv jiném vpichu či injekci. Prosím sdělte nám, berete-li jakékoliv léky proti sražení krve (na „ředění krve“) – Warfarin, Lawarin, Pelentan.</p>

Vyslovení souhlasu pacienta s provedením zdravotního výkonu:	<p>Já pacient (zákonný zástupce) prohlašuji, že jsem byl(a) jasnou a mně srozumitelnou formou informován(a) o léčebném postupu. Prohlašuji, že jsem všem informacím jasně porozuměl(a), jsem obeznámen(a) s postupem i komplikacemi výkonu. Rovněž mi bylo umožněno klást otázky a diskutovat s lékařem o této problematice.</p> <p><b>S provedením elektromyografie souhlasím.</b></p>
Datum:	
Podpis pacienta /zákonného zástupce/:	
Podpis lékaře:	