

CONSENTIMIENTO INFORMADO: ELECTROMIOGRAMA

En el día de la fecha me será realizado el estudio: **Electromiograma**, el cual ha sido solicitado por mi médico tratante, para llegar a un diagnóstico, de acuerdo a los síntomas que padezco, y a la evaluación que realizará dicho profesional.

El electromiograma es una práctica médica diagnóstica, que estudia enfermedades del sistema nervioso periférico (los nervios que se originan desde la columna vertebral hacia afuera, y son los responsables, por ejemplo, de “mover” los músculos de los brazos y las piernas), y enfermedades musculares.

Es un estudio invasivo, en el cual, para su registro, se utiliza un electrodo de aguja. Esto quiere decir que para realizar el estudio, se debe “pinchar” al paciente con una aguja a tal fin, “pinchado” a través de la piel y el músculo, lo cual puede efectuarse en distintos lugares, de acuerdo con el electromiograma solicitado: brazo, pierna, mano, pie, cara, al costado de la columna vertebral, etc. También puede realizarse con electrodos de superficie, que se colocan sobre la piel. En la parte del cuerpo donde se utilice dicho electrodo, no se realiza “pinchazo” con aguja. Si el electromiograma es pedido además con velocidad de conducción nerviosa, me serán aplicadas descargas eléctricas reguladas, sobre ciertos puntos de mi cuerpo.

El electromiograma es un estudio activo, que debe contar con la colaboración del paciente, dado que debe realizar movimientos con distinta fuerza, a pedido del médico que realiza el estudio.

Soy consciente que en la realización de estudios médicos, en este caso, electromiograma, pueden presentarse efectos adversos o complicaciones, ejemplos: molestia o dolor al “pinchazo” con electrodos de aguja, o al paso de la descarga eléctrica regulada, pequeños sangrados, hematomas (moretones), dolores después de realizado el estudio, que pueden durar varios días, hormigueos, cosquilleos o adormecimientos en partes del cuerpo, infecciones en la zona del “pinchazo” (raras) etc.

Dejo constancia que he entendido el contenido del presente consentimiento informado, al igual que las respuestas a las preguntas que hubiere formulado, razón por la cual autorizo al profesional que firma al pie de la presente, a que me realice el estudio electromiograma.

Nombre y Apellido del Paciente: _____

Tipo y Nº de DNI: _____ **Edad:** _____ años.

FIRMA PACIENTE

En el caso de no poder firmar el paciente:

Nombre y Apellido del Firmante: _____

Tipo y Nº de DNI: _____

Parentesco/vínculo con el paciente: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO