



Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat elektromiográfiai vizsgálat elvégzéséhez

Kedves Betegünk!

Jelen tájékoztatóval az a célunk, hogy ismertessük a jelen vizsgálat lényegét, tájékoztassuk a lehetséges kockázatokról és szövődményekről. A kezelőorvos Önnek személyre szabott, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, lehetőséget biztosítva a diagnosztikus vizsgálatral kapcsolatos kérdései feltevésére.

A beavatkozás rövid ismertetése

Az elektromiográfiai vizsgálat (EMG) bizonyos izom és/vagy idegbetegségek vizsgálatára, kizárására alkalmas invazív módszer. Ennek során az izmok vizsgálata révén az azokat felépítő izomrostok, valamint az izomrostokat beidegző perifériás idegek állapotáról nyerünk információkat.

A tűelektróda alkalmazásával alkalmunk nyílik az egyes izomrostok működésének vizsgálatára, amit más módszerrel nem lehet elérni. A vizsgálat során előzetes fertőtlenítést követően egy vékony, steril tűt szúrunk az adott izomba. A vizsgálat során az adott izom működésének analízisére nyugalmi és aktivált állapotban is sor kerül, mely a páciens kooperációját igényli a vizsgálatot végző orvos vezetése mellett.

A beavatkozás célja

A beavatkozás célja a perifériás (környéki) idegrendszert érintő betegségek jellegének, eloszlásának és súlyosságának meghatározása elektrofiziológiai módszerek segítségével.

A beavatkozás előnyei

Az elektromiográfia rutinszerűen alkalmazott eljárás, mely segítségével hasznos információkat nyerhetünk a perifériás idegrendszert érintő kórfolyamat természetét, eloszlását és súlyosságát illetően, mely az Ön betegségére adható kezelési lehetőségek meghatározásában is jelentős szerepet bír.

A beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei

A beavatkozás elmaradása az elektrofiziológiai vizsgálatok értékelhetőségének csökkenését vonja maga után, mely adott esetben a diagnózis felállítását nehezebbé, esetleg lehetetlenné teszi.

A beavatkozás ellenjavallatai

Az elektromiográfiai vizsgálatnak abszolút ellenjavallata nincs, de bizonyos állapotok relatív ellenjavallatot jelentenek, melyek fennállása esetén a vizsgálat elvégzése fokozott óvatosságot igényel.



1. Véralvadási zavarok
 - a. Vérzékenység (pl. hemofília)
 - b. Magas INR érték (pl. K-vitamin antagonistá szedése mellett)
 - c. Vérlemezkehiány (trombocitopénia)
2. Véralvadásgátló kezelés
 - a. K-vitamin antagonistá kezelés
 - b. NOAC szerek (új orális vagy szájon át szedhető véralvadásgátlók, pl. rivaroxaban, apixaban, edoxaban, dabigatran) alkalmazása
3. Helyi bőrfertőzés vagy gyulladás
4. Súlyos pszichiátriai zavarok vagy együttműködési képtelenség, mely a vizsgálat biztonságos kivitelezését lehetetlenné teszi

A beavatkozás helyett alkalmazható egyéb gyógymódok

A vizsgálat egyéb vizsgálatokkal nem helyettesíthető.

A beavatkozás lehetséges kockázatai

Az eljárást rutinszerűen alkalmazzuk, szövődményekkel csak igen ritkán találkozunk. Azonban a legkörülményesebb alkalmazás során is előfordulhatnak szövődmények: fertőzés, bevérzés, fájdalom, ízületi mozgás beszűkülés (kontraktúra).

A beavatkozás tervezett időpontja:

A beteg kérdései:

.....

.....

.....

.....

Az orvos megjegyzései:

A beteg személyes, egyéni kockázatai, a beteg kérdéseire adott válaszok:

.....

.....

.....

.....

Önnek joga van a tájékoztatást követően is további kérdésfeltevésre.

Ön a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja, a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén azonban kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.



Beleegyező nyilatkozat

Beteg neve:

TAJ szám:

Születési hely, idő:.....

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott nagykorú beteg esetén a törvényes képviselő/Eütv. 16. § szerinti helyettes döntéshozó adatai (név, szül. hely és idő, anyja neve, lakcím, telefonszám):

.....
.....
.....

Rokonsági foka/törvényes képviselő típusa:

Cselekvőképtelen állapotú személy esetében az Eütv. 16. § (2) bekezdés sorrendje szerinti helyettes döntéshozó a beavatkozásba való beleegyezéssel egyidejűleg arra vonatkozóan is nyilatkozik, hogy jogosult a beleegyezés, illetve visszautasítás jogát gyakorolni és nincs vagy reális időn belül nem érhető el az Eütv. 16. § (2) bekezdés sorrendje szerint előrébb való személy.

1. Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

.....

2. Tervezett beavatkozás megnevezése: elektromiográfiai vizsgálat

3. Tájékoztatót adó orvos neve:

A szóbeli tájékoztatást és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem, a javasolt beavatkozással, a beavatkozás céljával, várható hasznával és kockázataival kapcsolatos, szóban feltett kérdéseimre a tájékoztatást nyújtó orvostól kielégítő, számomra érthető választ kaptam és elegendő idő állt rendelkezésre ahhoz, hogy eldöntsem, beleegyezem-e a beavatkozásba.



A szóbeli tájékoztatás és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztató elolvasása után, kellő mérlegelést követően, minden fenyegetéstől, megtévesztéstől és kényszersztől mentesen **beleegyezem, hogy a beavatkozást elvégezzék.**

Kelt:, 20..... hó nap

.....
tájékoztatót végző orvos
aláírása és pecsétje

.....
beteg/törvényes képviselő
/helyettes döntéshozó aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

1. tanú

név
lakcím
aláírás

2. tanú

.....
.....
.....