|  |
| --- |
| pieczęć jednostki |
|

Warszawa, dnia …..…/………/…….…..r.

**ZGODA NA BADANIE EMG/NCS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko pacjenta:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data urodzenia:** |  |  | | / | | |  |  | / | |  |  |  |  | r. | **Nr Kartoteki** | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | **/** | |  | |  | |
| dzień | |  | | | miesiąc | | | |  | rok | | | | |
| **Rozpoznanie:** |  | | | | | | | | | | | | | | | **PESEL\*:** | | |  |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| *\*) w przypadku noworodka numer PESEL matki, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL- rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość wpisać poniżej:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rodzaj i numer dokumentu, na podstawie którego stwierdzono  tożsamość: | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wykonanie **Badania**  **EMG/NCS** wymaga Państwa zgody. Poniżej przekazujemy Państwu informacje o celu, sposobie wykonania, oczekiwanych korzyściach i ryzyku związanym z wykonaniem badania. W razie wątpliwości lekarz prowadzący leczenie dziecka udzieli Państwu dodatkowych informacji.  **Cel procedury /informacja o alternatywnych metodach leczenia**  Wskazaniem do wykonania EMG są objawy nieprawidłowego funkcjonowania nerwów obwodowych i mięśni, nieprawidłowe napięcie w przebiegu chorób układu nerwowego, objawy sugerujące męczliwość mięśni czy objawy sugerujące tężyczkę. Jeśli masz wątpliwości możesz zapytać lekarza prowadzącego lub lekarza, który będzie wykonywał badanie przed podpisaniem zgody.  **Alternatywne metody leczenia/diagnostyki:**  Obecnie nie istnienie alternatywna metoda diagnostyki zastępująca badanie elektroneurografii (NCS) czy próbę miasteniczną, w diagnostyce wrodzonych neuropatii można stosować badania genetyczne ale warto poprzedzić je badaniem NCS. W przypadku chorób mięśni zamiast badania EMG można wykonać biopsję mięśnia lub w wybranych chorobach rezonans magnetyczny całego ciała(ocena mięśni)  **Opis przebiegu procedury**  Elektromiografia (EMG) to badanie elektrofizjologiczne, którego celem jest ocena funkcji mięśni i nerwów. Co to jest i na czym polega badanie elektromiograficzne?  Rodzaje badań: elektroneurografia - NCS (badanie przewodnictwa w nerwach obwodowych), badanie mięśni ( EMG), badanie transmisji nerwowo-mięśniowej i badanie nadpobudliwości nerwowo- mięśniowej.  **Badanie przewodnictwa w nerwach obwodowych**- [**elektroneurografi**](https://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/badania/elektroneurografia-eng-badanie-rozpoznajace-choroby-neurologiczne_36816.html)**a- NCS.** Badanie wykonuje się przy użyciu elektrod powierzchniowych, stosując bodziec elektryczny. Badanie jest odczuwalne, dla niektórych dzieci - bolesne – ale dokładamy wszelkich starań – by badanie trwało krótko i było jak najmniej uciążliwe dla dziecka. Prosimy o niestraszenie dziecka planowanym badaniem i odwracanie uwagi od badania w czasie naszych procedur. Badanie trwa od 30 minut do godziny ( w zależności od zakresu badania).  **Badanie mięśni**- właściwe EMG - za pomocą którego ocenia się funkcję badanego mięśnia. W badany mięsień wprowadza się elektrodę igłową – w trakcie badania zmienia się położenie igły- elektroda ta rejestruje czynność mięśnia podczas spoczynku, dowolnego oraz wysiłku maksymalnego. Badanie trwa od 30 minut do godziny ( w zależności od zakresu badania).  **Badanie transmisji nerwowo-mięśniowej** (inaczej **próba miasteniczna,** próba nużliwości lub próba męczliwości) ma na celu ocenę przewodnictwa nerwowo-mięśniowego, przy pomocy stymulacji serią supramaksymalnych bodźców, dlatego jest stosowane w diagnostyce miastenii, czyli nużliwości mięśni. Badanie nie jest inwazyjne, ponieważ do jego wykonania wykorzystuje się elektrody powierzchniowe, które są umieszczane na skórze. Badanie trwa od 30 minut do godziny ( w zależności od zakresu badania).  **Badanie nadpobudliwości nerwowo-mięśniowej** (inaczej **próba tężyczkowa**/ próba ischemiczna) jest stosowane w celu diagnozy tężyczki - choroby, która objawia się wzmożoną pobudliwością nerwowo-mięśniową. Badanie wykonuje się z użyciem elektrody igłowej, którą wprowadza się w mięsień między kciuk a palec wskazujący. Następnie na ok. 10 minut na ramię pacjenta zakłada się opaskę w celu wstrzymania przepływu krwi (skutkiem jest brak czucia w ręce i silne mrowienie, co jest dość nieprzyjemne). Po zwolnieniu mankietu uciskowego obserwuje się, czy pojawiają się objawy charakterystyczne dla tężyczki. Całe badanie trwa ok. 15-20 minut.  **Korzyści i ryzyko związane z procedurą**  Badanie umożliwia postawienie diagnozy i różnicowanie zaburzeń w chorobach nerwowo-mięśniowych  Przeciwwskazaniami do wykonaniabadania elektromiograficznego są: wszczepiony elektryczny rozrusznik serca, elementy metalowe w ciele, zaburzenia krzepliwości krwi. Bezpośrednio przed badaniem należy poinformować lekarza o aktualnie przyjmowanych lekach.  W przypadku badania mięśni (elektroda igłowa) w miejscu wkłucia może powstać krwiak. Badanie NCS/EMG może się wiązać z bólem i uczuciem dyskomfortu po badaniu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH PACJENTA/PACJENTA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ja, niżej podpisana(y**) (przedstawiciel ustawowy dziecka), potwierdzam, że po uzyskaniu wyczerpujących informacji oraz podczas rozmowy z lekarzem została mi wyjaśniona istota choroby dziecka.   1. Uświadomiono mi na czym ma polegać zaproponowane badanie……………………oraz jakie są oczekiwane korzyści**.** Zostałam/-em poinformowana/y o przeciwwskazaniach do przeprowadzenia **badania** jak również dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach oraz odległych skutkach zastosowania badania.   Jestem świadoma/y, że w czasie wykonywania badania może dojść do stwierdzenia istnienia szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia pola zabiegowego. Wiem o możliwości przerwania badania na moją prośbę w każdym jego momencie.   1. Jestem świadoma/y, że istnieje ryzyko wystąpienia powikłań niestandardowych, które nie są typowe dla wykonywango badania i są niemożliwe do przewidzenia. 2. Przed rozpoczęciem badania udzieliłam/-em lekarzowi pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych urazów  i zabiegów u dziecka. 3. Potwierdzam, że w pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz informacje przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób zrozumiały. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem spełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat: rozpoznania, proponowanych oraz alternatywnych metod leczniczych, dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, wyników zastosowanego leczenia, rokowania, w związku z czym wyrażam wolę i świadomą zgodę na wykonanie **procedury.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EWENTUALNE UWAGI PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH PACJENTA/PACJENTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (np. matki, ojca, opiekuna prawnego)\*\*** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | **Podpis, data:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko drugiego przedstawiciela ustawowego, jeśli występuje.** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | **Podpis, data:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Zgoda pacjenta (jeśli ukończył 16 lat):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Podpis, data:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Oświadczam, iż poinformowałam/-em pacjenta,/ jego przedstawicieli ustawowych o planowanym sposobie zabiegu oraz pouczyłam/em o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek przeprowadzonego zabiegu.**  **Imię i nazwisko lekarza udzielającego informacji:  (podpis, pieczątka, data)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

***\*\*UWAGA*** *- w przypadku, gdy tylko jeden z uprawnionych przedstawicieli ustawowych podpisuje zgodę, podpisujący zgodę oświadcza, że nieobecny przedstawiciel ustawowy nie wyraża sprzeciwu na przeprowadzenie procedury.*