

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Alulírott (név) (szül. idő)
kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat
(..... név, szül. idő,
rokonsági fok) az alábbi betegségről, műtéti kezeléséről, invazív beavatkozásról a következők szerint kellő
mértékben és módon tájékoztattott.

EMG VIZSGÁLAT

1. A vizsgálat célja:

Az elektromiográfia (EMG) az izomrostok működésének vizsgálatára szolgáló invazív eljárás, amely során a vizsgálatot végző orvos a célizomba vagy célizmokba egy vagy több vékony tülelektrodát vezet a bőrön keresztül. A tülelektrodák által mért elektromos aktivitás kerül rögzítésre és vizuális megjelenítésre. EMG vizsgálatra a beutaló orvoson kívül adott esetben a vizsgáló orvos is javaslatot tehet.

2. A vizsgálat menete, technikája:

A vizsgálat során szükség lehet a izmok vizsgálatához szükséges ruházat, hallókészülék, hajpánt, szemüveg, fémtárgy eltávolítására. A vizsgálat fekvő, esetleg ülve történik. Az ideggyógyász kiválasztja a szükséges izmot vagy izmokat. Fertőtlenítő oldattal megtisztítja a bőrt, majd vékony, steril tülelektrodát vezet a bőrön át az izomba. Ezt követően megkéri Önt, hogy lazítsa el az izmát, majd előbb enyhén utána pedig teljes erővel húzza össze a vizsgált izmot. Olykor több beszúrásra ill. több izom vizsgálatára lehet szükség. Az elektromos aktivitás regisztrálása után a tülelektroda eltávolításra kerül. Könnyen eltávolítható ruházat viselése. Legalább a vizsgálat napján a bőrfelület különböző olajokkal, krémekkel való bekenésének mellőzése. A beutaló orvos a vizsgálat előtt fájdalomcsillapító vagy enyhe nyugtató felírását javasolhatja. Amennyiben enyhe nyugtatót vett be a vizsgálat után szüksége lehet a hazamenetel során kíséretre.

3. A vizsgálat esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:

A tülelektroda izomzatba való behelyezése valamint ezt követően az érintett izomzat összehúzása fájdalmas, általában elviselhető mértékű fájdalommal jár (nagyjából mint egy injekciós tű). Ezt követően pár napig az érintett izmok érzékenyek fájdalmasak lehetnek, a szúrás helyén átmenetileg kis vörös folt keletkezik, ritkán egy-egy apró ér megsérülhet és véraláfutás keletkezhet. Az esetek kevesebb mint 1 %-ban fordul elő az érintett izomban nagyobb vérömleny. Az elektróda behelyezés utáni esetleges vérvizsgálat során az izomzat sérülését jelző enzimértékek megnövekedhetnek. Az EMG vizsgálatnak abszolút ellenjavallata nincs. Relatívellenjavallat lehetnek egyes esetek: Fokozott odafigyelést igényelhetnek a fokozott vérzésveszéllyel járó állapotok (véralvadást gátló készítmények, vérzékeny betegek). Ebben az esetben kevesebb, felületesebb izomvizsgálat, vékonyabb tülelektroda használat válhat szükségessé, valamint a vizsgálat után a beszúrás helyének hosszabb ideig való kompressziója. Kiterjedt bőrfertőzések, az izom fokozott fertőzésveszélye miatt. A beteg állapota, ami az izomzat vizsgálatát jelentősen megnehezíti vagy lehetetlenné teszi (pl. nem levehető gipsz, roncsolt izomzat). Helyi vizenyő, gyulladás, vérzés, elhízás valamint a beteg nem megfelelő együttműködése befolyásolhatja az EMG mérések eredményeit.

4. Ezen vizsgálat elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:

5. Más vizsgálati lehetőségekről, alternatívákról:

Folytatás a túloldalon!

6. A vizsgálattal kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

7. Egyénre szabott betegtájékoztató:

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezelése során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyezem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztató megértése alapján minden kényszerből és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyező nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyező nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.