

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivo

Este procedimiento entrega información respecto de la actividad de los nervios periféricos y de los músculos correspondientes, señalándome que el estudio de velocidad de conducción nerviosa corresponde a la estimulación de un nervio periférico con un impulso eléctrico obteniéndose la información necesaria sobre el funcionamiento de éste.

Características

El estudio de electromiografía es un examen invasivo donde se evalúa, puncionando con un electrodo de registro (tipo aguja), la actividad del músculo en reposo y durante un esfuerzo. Esta información permite estudiar un posible compromiso del músculo, secundario a un daño neurológico periférico o un daño primario de éste. El examen puede ser algo molesto y en cierta forma dolorosa según la zona donde se realice el estudio.

Además, las únicas contraindicaciones para la realización del examen son el uso de marcapasos cardiaco y/o el tratamiento con anticoagulantes.

Por lo señalado anteriormente, informo que:

1. ¿Estoy utilizando marcapaso cardiaco? Sí No
2. ¿Estoy con tratamiento con anticoagulante? Sí No

Riesgos

Dentro de las complicaciones que pueden presentarse para velocidad de conducción se ha descrito del aumento de la sensibilidad de la piel causada por los electrodos y para el caso de la electromiografía se han descrito algunas complicaciones tales como dolor, infección cutánea, equimosis y sangrado. Todas estas complicaciones ocurren en una baja frecuencia y este centro cuenta con todos los recursos necesarios para intentar solucionarlas.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos este procedimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **ELECTROMIOGRAFÍA CON O SIN VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN NERVIOSA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal