

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)  
s elektromyografickým vyšetřením (EMG)**

|                                                            |                                   |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Pacient(ka) –<br>jméno a příjmení:                         | Rodné číslo<br>(číslo pojištění): |
| Datum narození:<br>(není-li rodné číslo)                   | Kód zdravotní<br>pojišťovny:      |
| Adresa trvalého pobytu pacienta:<br>(případně jiná adresa) |                                   |
| Jméno zákonného zástupce<br>(opatrovníka):                 | Rodné číslo:                      |

**Název výkonu**

**Vyšetření nervů a svalů**

**Účel výkonu**

Pomocí elektromyografického vyšetření stanovujeme případné poškození nervů na horních a dolních končetinách, dokážeme stanovit poškození jednotlivých svalů a zjistit poruchu přenosu mezi nervem a svačem.

**Povaha výkonu**

Vyšetření periferních nervů na horních nebo dolních končetinách se provádí pomocí samolepících elektrod, které se přikládají na kůži. Vlastní podráždění nervů se provádí pomocí stimulatoru elektrickým výbojem o velmi malé intenzitě. Při vyšetření svalů je nutno po předchozí dezinfekci kůže vpravit registrační jehlu do vyšetřovaných svalů. Samotný vpich může být mírně bolestivý. Poté pacient dle instrukcí lékaře aktivuje sval a lékař provádí analýzu svalové aktivity. Po ukončení výkonu je místo vpichu kryto náplastí.

**Předpokládaný prospěch výkonu**

Vyloučení nebo potvrzení poškození nervů a svalů.

**Alternativa výkonu**

Není.

**Možná rizika zvoleného výkonu**

Riziko vzniku podlitiny po vpichu EMG jehly.

Pro snížení rizika výkonu prosím zodpovězte na následující otázky:

1. Užíváte léky ovlivňující krevní srážlivost (Warfarin, Lawarin)? ☐ ANO ☐ NE
2. Máte implantovaný srdeční stimulator (pacemaker)? ☐ ANO ☐ NE

**Následky výkonu**

Nejsou následky.

**Souhlas:****pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

|                                                                                                                                                                                                                                        |     |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.                                                                                                                 | ANO | NE |
| Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti. | ANO | NE |
| Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.                                                                                                 | ANO | NE |
| Všem těmto vysvětlením a poučením, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.                  | ANO | NE |

**Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:**

|                                                                                                                                                                                                                               |     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| - že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením. | ANO | NE |
| - že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby:                                            | ANO | NE |
| - že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.                                                                              | ANO | NE |

| Datum | Hodina | Podpis pacienta(tky) nebo zákonného zástupce (opatrovníka) |
|-------|--------|------------------------------------------------------------|
|       |        |                                                            |

| Jméno příjmení lékaře(řky), který(á) podal(a) informaci | Podpis lékaře(řky), který(á) podal(a) informaci |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|                                                         |                                                 |

**Pokud se pacient(ka) nemůže podepsat,  
uved'te důvody, pro které se pacient(ka) nemohl(a) podepsat:**

**Jak pacient(ka) projevil(a) svou vůli:**

| Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka | Podpis zdravotnického pracovníka/svědka | Datum | Hodina |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------|--------|
|                                                   |                                         |       |        |