

## 5.6 CONSENSO INFORMATO PER ELETTROMIOGRAFIA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ in provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in provincia di \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

essendo stato/a informato dal Dott. \_\_\_\_\_ sulle modalità di esecuzione dell'elettromiografia e sulla possibilità che l'eventuale impiego di aghi-elettrodo si accompagni – malgrado le precauzioni imposte dall'arte e l'uso di aghi-elettrodo monouso di ultima generazione – a complicanze minori quali piccoli sanguinamenti, lieve dolore al muscolo esplorato, etc.

### **A C C O N S E N T E**

ad essere sottoposto/a ad esame elettromiografico.

FIRMA PAZIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_