

“NEURODIAGNOSTICA dr. D’Alpa Francesco” s.r.l.  
Convenzionata con il Sistema Sanitario Nazionale  
Codice Regionale: 4211  
Partita Iva: 05104950877  
Via Gramsci 152 - 95030 Gravina di Catania (CT)  
Tel. 095 725 32 59 - Fax 095 725 44 73

Direttore Sanitario: dr. D’Alpa Francesco  
Specialista in Neurologia  
Specialista in Neurofisiopatologia  
Iscrizione Albo: CT 6412  
Posta elettronica: franco@neuroweb.it  
Posta certificata: neurodiagnostica@pec.impresecatania.it

## 1 COS’E’ L’ESAME ELETTROMIOGRAFICO

L’**ESAME ELETTROMIOGRAFICO** è un’indagine diagnostica che serve a valutare la funzionalità dei muscoli (ELETTROMIOGRAFIA-EMG) e dei nervi (ELETTRONEUROGRAFIA-ENG).

L’indagine implica l’esplorazione funzionale di muscoli e/o nervi periferici mediante l’inserimento di uno o più aghi o mediante l’applicazione di elettrodi di superficie che erogano impulsi elettrici. Gli aghi-elettrodo usati sono del tipo monouso e, quindi, offrono garanzia assoluta di sterilità.

Non esistono al momento esami alternativi alla ELETTROMIOGRAFIA.

E’ utile effettuare una Elettromiografia nei casi di dolori, riduzione della forza e/o disordini della sensibilità.

La registrazione dell’attività elettrica dei muscoli e dei nervi fornisce informazioni utili alla rilevazione e alla localizzazione di eventuali sofferenze nonché dati che, correlati alla storia clinica personale del paziente, portano ad escludere o definire la patologia (miopatia, neuropatia, radicolopatia, patologia della trasmissione neuro-muscolare).

E’ un esame che non presenta carattere di urgenza e talora risulta significativo solo dopo alcune settimane dall’insorgenza del sintomo.

## 2 PREPARAZIONE

- Fare un bagno per essere sicuri di rimuovere dalla pelle creme o lozioni;
- Salvo diversa indicazione del proprio Medico curante, assumere i farmaci come di consueto. Avvisare il Medico esaminatore nel caso in cui si prendano anticoagulanti o Mestinson;
- Segnalare al Medico se si è portatori di pace-maker o stimolatori elettrici;
- Segnalare al Medico se si è portatori di patologie infettive;
- Fornire la documentazione clinica relativa ad accertamenti precedentemente eseguiti per il problema per cui si esegue l’esame;

NON E’ NECESSARIO IL DIGIUNO.

## 3 MODALITA’ DI ESECUZIONE

In genere l’esame si articola in due parti:

1. Studio della conduzione del nervo (elettro-neurografia): vengono applicati gli elettrodi di superficie sulla cute, fissati con cerotti ipoallergenici. In seguito vengono erogati stimoli elettrici che provocano un lieve movimento del muscolo interessato.
2. Esame con elettrodo ad ago (elettromiografia): viene inserito nel muscolo da esaminare un elettrodo ad ago sterile, per registrare l’attività elettrica a riposo e durante la contrazione muscolare.

La durata dell’esame varia dai 30 ai 60 minuti, a seconda del quesito diagnostico.

E’ importante essere collaborante durante il test. E’ necessario spegnere il telefono cellulare.

## 4 COMPLICAZIONI

L’esame è di norma ben tollerato, ancorché in alcuni casi potrebbe dar luogo a locale dolenzia ed ecchimosi nelle ore successive, fastidio che sarebbe comunque transitorio. Non è necessario essere accompagnati: si potrà guidare l’automobile.

Di norma, il referto è riconsegnato il giorno stesso dell’esame. In caso contrario, il Medico anticiperà verbalmente l’esito.

## ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_

Avendo compreso compiutamente la presente informativa e le spiegazioni fornite dal Medico, avendo avuto il tempo necessario per decidere, considerando che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

liberamente ad essere sottoposto all'atto sanitario prescrittomi.

### Barrare in caso affermativo se:

- È in terapia con anticoagulanti
- È portatore di cardio-elettro-stimolatore
- È portatore di Pace-maker

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MEDICO** che ha fornito le spiegazioni e registrato il consenso \_\_\_\_\_

### DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Firma del padre \_\_\_\_\_ . Firma della madre \_\_\_\_\_

Firma del tutore \_\_\_\_\_ .

Data \_\_\_\_\_

### DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO O SOTTOPOSTO AD UNA AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

Firma del tutore / amministratore di sostegno \_\_\_\_\_ .

Data \_\_\_\_\_

### PAZIENTE CON IMPEDIMENTO MATERIALE ALLA FIRMA

Nome e Cognome del 1° testimone \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del 2° testimone \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_

### REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ **REVOCO** il consenso all'atto sanitario su indicato.

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_ **FIRMA DEL MEDICO** \_\_\_\_\_