



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA NEUROLOGICA

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Centro Medico Rinascimento
Via Braccianese Claudia 58/a
00062 Bracciano RM

Tel 06 86661332 – 0696741131

Whatsapp 3332211574 - 3892089338 - 3275586281

Info@centromedicatorinascimento.it

MODULO DI CONSENSO INFORMATO – PERSONA CAPACE

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	___/___/___		
Doc. d'identità		n.		del	___/___/___
Con riferimento al colloquio con: (Nome e Cognome del medico)					
Effettuato il	___/___/___		Relativamente al seguente atto sanitario proposto: (barrare la eventuali caselle del trattamento da effettuare)		

La visita neurologica è una valutazione specialistica finalizzata alla prevenzione, diagnosi e monitoraggio delle patologie del sistema nervoso centrale e periferico.

Durante la visita il medico raccoglie l'anamnesi, valuta i sintomi riferiti dal paziente ed esegue, ove necessario, esami clinici e strumentali.

Gli accertamenti che possono essere eseguiti comprendono:

- visita neurologica;
- elettromiografia (EMG) degli arti superiori o inferiori o del pavimento pelvico;
- ecocolordoppler transcranico;
- eventuale test con mezzo di contrasto (bubble test).

Visita neurologica

La visita neurologica consente di valutare:

- sintomi neurologici quali cefalea, vertigini, disturbi della sensibilità, debolezza muscolare, tremori o disturbi cognitivi;
- eventuali patologie neurologiche acute o croniche;
- riflessi, coordinazione, equilibrio e funzionalità del sistema nervoso;
- necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici o terapeutici.



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA NEUROLOGICA

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Elettromiografia (EMG)

L'elettromiografia è un esame diagnostico che consente di valutare la funzionalità dei nervi periferici e dei muscoli.

Può essere eseguita a livello di:

- arti superiori;
- arti inferiori;
- pavimento pelvico.

L'esame può prevedere:

- stimolazioni elettriche superficiali;
- inserimento di un sottile ago-elettrodo nel muscolo (quando necessario).

Durante l'esame il paziente potrebbe avvertire:

- lieve fastidio o dolore localizzato;
- contrazioni muscolari involontarie;
- modesto disagio transitorio.

Ecocolordoppler transcranico

L'ecocolordoppler transcranico è un esame non invasivo che utilizza ultrasuoni per valutare il flusso sanguigno nei vasi cerebrali.

È generalmente ben tollerato e privo di radiazioni ionizzanti.

Consente di:

- valutare la circolazione cerebrale;
- individuare eventuali alterazioni del flusso;
- monitorare condizioni vascolari neurologiche.

Bubble test (test con mezzo di contrasto ecografico)

Il bubble test consiste nella somministrazione endovenosa di soluzione fisiologica agitata (microbolle), durante l'esecuzione dell'ecocolordoppler.

Serve a evidenziare eventuali shunt intracardiaci o extracardiaci (es. forame ovale pervio).

Può raramente determinare:

- lieve sensazione di calore;
- capogiri transitori;
- disagio nel punto di iniezione.



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA NEUROLOGICA

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Benefici attesi

Gli accertamenti neurologici consentono di:

- diagnosticare precocemente patologie neurologiche;
- monitorare condizioni cliniche già note;
- valutare la funzionalità neuromuscolare e vascolare;
- programmare eventuali trattamenti o ulteriori approfondimenti.

Limiti diagnostici

Pur essendo di elevata utilità clinica, gli esami descritti possono non consentire una diagnosi definitiva in tutti i casi.

Potrebbero rendersi necessari ulteriori accertamenti, quali:

- risonanza magnetica (RM);
- TAC encefalo o colonna;
- esami del sangue specifici;
- puntura lombare;
- studi neuropsicologici.

Possibili disagi o complicanze

Le procedure sono generalmente sicure e ben tollerate.

Possono raramente verificarsi:

- lieve dolore o fastidio durante EMG;
- piccoli ematomi nel sito di inserimento dell'ago;
- capogiri o lieve malessere;
- disagio transitorio durante le procedure.

DICHIARO CHE:

- di aver ricevuto informazioni chiare, complete e comprensibili sulle proprie condizioni cliniche e sugli accertamenti neurologici proposti;
- di aver compreso finalità, modalità di esecuzione, benefici attesi, limiti diagnostici e possibili disagi;
- di aver avuto la possibilità di porre domande e di aver ricevuto risposte esaurienti;
- di essere consapevole della possibilità di rifiutare o revocare il consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione degli esami.

Pertanto, acconsento all'esecuzione di:

- ☐ Visita neurologica
- ☐ Elettromiografia arti superiori
- ☐ Elettromiografia arti inferiori
- ☐ Elettromiografia pavimento pelvico
- ☐ Ecocolordoppler transcranico
- ☐ Bubble test



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA NEUROLOGICA

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

- ☐ **ACCETTO**, liberamente e spontaneamente, il trattamento proposto
☐ **NON ACCETTO**, consapevole dei rischi del rifiuto
☐ **REVOCA** (compilare in caso di revoca)

Data _____ Firma _____

Firma della persona assistita _____

Firma del medico _____

NEL CASO DI PERSONA IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome testimone _____ Firma _____

Nome Cognome testimone 2 _____ Firma _____

DA COMPILARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Il/La sottoscritto/a (genitore/tutore)

Nome e Cognome: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Residente in: _____

in qualità di: ☐ Genitore ☐ Tutore legale

DICHIARA

di aver ricevuto tutte le informazioni relative alla visita neurologica e agli eventuali esami correlati

- ☐ **ACCONSENTE**
☐ **NON ACCONSENTE**

allo svolgimento degli accertamenti sul minore:

Nome e Cognome del minore: _____

Data di nascita: _____

Luogo e data: _____

Firma del genitore/tutore: _____