

CONSENSO INFORMATO PER ELETTROMIOGRAFIA

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

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

Residente a \_\_\_\_\_ in provincia di \_\_\_\_\_

In via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Essendo stato/a informato/a dal medico sulle modalità di esecuzione dell'elettromiografia e sulle 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...

ACCONSENTE

ad essere sottoposto/a all' esame elettromiografico.

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

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

DATA \_\_\_\_\_

Direzione Sanitaria: dott. Bruno Gentile Medico Chirurgo Specialista in Neurologia e Psichiatria

FISIOPOLIMEDICA RIVIERA S.r.l.  
Piazza San Nicolò 11/2 – 30034 Mira (VE)  
Tel 041/4265851 – Fax 041/4266115

Cod.Fisc. e P.IVA 04755450279  
CCIAA VE - 447744  
Capitale Sociale i.v. Euro 50.000