

“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

POTENZIALI EVOCATI MOTORI STIMOLAZIONE MAGNETICA TRANSCRANICA

La stimolazione magnetica è una tecnica non invasiva utilizzata per stimolare il tessuto muscolare, cerebrale o neurale. Lo scarico di un condensatore genera un campo magnetico, che penetra le strutture ad alta resistenza come il cranio o le ossa, sufficiente ad eccitare i neuroni o le fibre nervose; ciò permette lo studio del sistema nervoso centrale o periferico (le vie centrali motorie, le radici nervose, i plessi brachiale e lombo-sacrale).

La stimolazione magnetica è una modalità di stimolazione elettrica senza utilizzo di elettrodi applicati direttamente sulla cute, dunque senza provocare il dolore percepito con la normale stimolazione elettrica adoperata in elettromiografia.

La stimolazione corticale a bassa frequenza di ripetizione è sicura ed è stata applicata su migliaia di persone con minimi ed infrequenti effetti indesiderati. L’esame è ben tollerato e non necessita di alcuna preparazione.

SICUREZZA DEL PAZIENTE

La stimolazione magnetica transcranica è sempre ben tollerata, ma è controindicata nei bambini, nelle donne in stato di gravidanza, e nei soggetti portatori di pacemaker cardiaco, con impianti cocleari o altri dispositivi elettronici. Altre condizioni cliniche non costituiscono una controindicazione assoluta, ma meritano comunque attenzione. Si prega dunque di rispondere alle seguenti domande:

	NO	SI
È affetto da epilessia o ha avuto attacchi epilettici?		
Ha sofferto di apoplezia, traumi cranici?		
Soffre di grave cefalea, deprivazione di sonno, alcoolismo?		
Ha sofferto di sincope?		
Ha avuto traumi con perdita di coscienza?		
Soffre di patologie cardiache?		
Ha problemi di udito?		
Ha impianti cocleari?		
È gravida o pensa di poterlo essere?		
Ha clip metalliche in testa, nel collo, o in altre parti del corpo?		
Ha impiantato un neurostimolatore?		
Ha impiantato un pacemaker cardiaco?		
Ha impiantato un dispositivo per infusione?		
È stato sottoposto a stimolazione magnetica transcranica? Ha avuto problemi?		
È stato sottoposto a risonanza magnetica? Ha avuto problemi?		
Assume farmaci neurolettici o antidepressivi?		

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.

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 _____