

**Imię i Nazwisko Pacjenta:** ..... **PESEL** .....

**Adres** ..... **Telefon:** .....

Przyczyna skierowania na badanie (występujące objawy, spostrzeżenia, wstępna diagnoza (proszę zaznaczyć właściwą pozycję poniżej)).....

.....

.....

**Pieczętka jednostki kierującej:**

<b>USZKODZENIA OGNISKOWE - wskaż kończynę – prawą/lewą lub obie</b>					
<b>Górna kończyna</b>	<b>Prawa</b>	<b>Lewa</b>	<b>Dolna kończyna</b>	<b>Prawa</b>	<b>Lewa</b>
Radikulopatia szyjna			Radikulopatia lędźwiowo - krzyżowa		
Zespół cieśni nadgarstka			Neuropatia nerwu udowego		
Neuropatia nerwu pośrodkowego			Neuropatia nerwu strzałkowego		
Neuropatia nerwu łokciowego			Neuropatia nerwu kulszowego		
Neuropatia nerwu promieniowego			Zespół cieśni stępu		
Uszkodzenie splotu ramiennego			Uszkodzenia splotu lędźwiowo - krzyżowego		
Zespół górnego otworu klatki piersiowej					
Neuropatia nerwu pachowego					
Neuropatia nerwu mięśniowo - skórno					
Neuropatia nerwu nadłopatkowego					
Inne (wymienić badany nerw)					
<b>SCHORZENIA UOGÓLNIONE – wskaż prawą/lewą stronę przy asymetrii objawów – zarówno kończyny górne jak i dolne zostaną przebadane</b>					
Polineuropatia			Miastenia		
Choroba neuronu ruchowego			Miopatia		
Próba ciężarkowa					

**Instrukcje szczegółowe:** w trakcie badania EMG skóra pacjenta powinna być wolna od kremów, olejków, emulsji. Nie wymaga się żadnych szczególnych przygotowań. Pacjent może przyjmować wszystkie przepisane leki, jedynie w przypadku badania igłowego leki p. krzepliwie pochodne kumaryny muszą być zastąpione heparyną drobnocząsteczkową min. 3 dni przed badaniem. Proszę zaznaczyć jeśli pacjent przyjmuje leki przeciwmiaśnieniczne, jeśli posiada rozrusznik lub stymulator akcji serca. Pacjent może wrócić do swej normalnej aktywności zaraz po opuszczeniu przychodni. W przypadku dodatkowych sugestii odnośnie pacjenta prosimy o kontakt telefoniczny z pracownią

Data:

Pieczętka i podpis lekarza kierującego: