

**Informace pro pacienta před elektroencefalografickým vyšetřením (EEG)**

Vyšetření zachycuje jemnou elektrickou aktivitu mozkové kůry. Na základě těchto změn je možné zjistit různé odchylky, zejména u stavů poruch vědomí, u epilepsie, bolestí hlavy, dále v diagnostice degenerativních chorob mozku. Vyšetření provádí laborantka v EEG laboratoři, není bolestivé a trvá přibližně 30 minut. Během vyšetření budete v klidu ležet, otevírat a zavírat oči, 2 minuty dýchat zrychleně nosem, 2 minuty ústy a po dobu 2 minut na Vás bude blikat stroboskop.

Před vyšetřením není potřeba žádná speciální příprava, je pouze třeba přijít s umytou hlavu bez laku či gelu ve vlasech. Pokud užíváte léky na spaní, neměl(a) byste je den před vyšetřením užívat.

Není příliš vhodné přijít zcela nevyspalý(á), velkou únavu je třeba hlásit laborantce.

**Obecná i individuální rizika výkonu**

EEG vyšetření je vysoce bezpečná metoda a je možné jej provádět u naprosté většiny pacientů. **U pacientů s epilepsií a současně zvýšenou citlivostí na aktivační metody (hluboké dýchání a/nebo blikání intenzivním světlem) je vyšší riziko vyprovokování epileptického záchvatu.** Pokud jste si vědomi, že tyto aktivační metody u Vás mohou epileptický záchvat vyvolat, je třeba před započetím vyšetření upozornit laborantku.

Alternativa pro toto vyšetření s cíleným vyšetřením elektrické aktivity mozku neexistuje.

**Informovaný souhlas:**

Prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně informován/a o povaze lékařského výkonu a byl/a jsem informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Všechny dotazy mi byly jasně a řádně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací souhlasím s provedením EEG vyšetření, včetně aktivačních metod.

Datum:

Jméno pacienta:

Podpis pacienta :                                   Podpis zákonného zástupce:

Datum:

Jméno pacienta:

Podpis pacienta :                                   Podpis zákonného zástupce:

Datum:

Jméno pacienta:

Podpis pacienta :                                   Podpis zákonného zástupce: