

Informace pro pacienta před vyšetřením motorických evokovaných potenciálů (MEP)

 Vyšetření motorických evokovaných potenciálů pomocí magnetické stimulace je bezpečná a neinvazivní metoda, která slouží k vyšetření funkce centrálního a periferního nervového systému, především nervové dráhy pro hybnost (motoriku).

Odpovědi se vybavují pomocí magnetického pole, kdy lékař přikládá kruhovou cívku v oblasti lebky, krční a bederní páteře. Krátký magnetický impulz vyvolá svalový záškub části těla, který je snímán elektrodami nalepenými na malíku a na přední straně bérce.

Při stimulaci se ozve klapnutí ze stimulátoru i z cívky. Tento zvuk může při vysokém výkonu stimulace polekat pacienta, stejně tak i záškub těla jako odezva na stimulaci dráhy pro hybnost. Vyšetření trvá celkově cca 20 minut a provádí jej lékař. Není potřeba žádná speciální příprava.

**Obecná i individuální rizika výkonu**

**Magnetický stimulátor indukuje elektrické pole** ve všech blízkých vodivých předmětech jako je lidské tělo, blízké kovové předměty nebo elektronická zařízení. Z tohoto důvodu  **nesmí být použit u pacientů s kardiostimulátory, zavedenými ušními implantáty a infuzními pumpami.** Opatrnost je třeba u pacientů s **kovovými svorkami či jinými kovovými materiály v těle pacienta. Ve velmi ojedinělých případech** může magnetická stimulace mozkové kůry u citlivých jedinců vyvolat **epileptický záchvat**. Týká se to především **pacientů, kteří mají v osobní nebo rodinné anamnéze epilepsii. V současné době** není dostatek odborných prací zabývajících se problematikou účinku magnetické stimulace na plod nebo těhotnou matku. Z tohoto důvodu zatím **nebyla ověřena bezpečnost magnetické stimulace u těhotných žen.**

Z důvodu možného poškození by měl vyšetřovaný odložit do vzdálenosti minimálně 1 m i hodinky, kreditní magnetické karty, počítačové disky, mobilní telefony, či jiná elektronická zařízení.

Alternativa pro toto vyšetření s cíleným vyšetřením nervové dráhy pro hybnost 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 vyšetření motorických evokovaných potenciálů. Prohlašuji, že nemám zavedený kardiostimulátor, ušní implantát, či infuzní pumpu.

Datum:

Jméno pacienta:

Podpis pacienta :                                   Podpis zákonného zástupce: