

00102869 89200324031307941 1 1 6056

등록번호 00 1028 69
 성명 이재석
 생년월일 '41. 09. 07

기관지 내시경 검사 동의서

입원일: 2020.03.24 지정의: 박태선

나이: 78y06m / M

(*) 표시가 있는 부분은 필수작성 항목입니다.

진단명	의심질환 : <input type="checkbox"/> 폐암 <input type="checkbox"/> 폐결핵 <input type="checkbox"/> 결핵 외 감염질환 <input type="checkbox"/> 비감염성 염증 <input checked="" type="checkbox"/> 기타 (fibrosis, bronchiectasis)		
수술(시술, 검사)명 *	기관지 내시경 검사		
참여	주치의(집도의1) [redacted] *	<input checked="" type="checkbox"/> 전문의(전문과목: CM)	<input type="checkbox"/> 일반의(전문과목:)
의료진	주치의(집도의2)	<input type="checkbox"/> 전문의(전문과목:)	<input type="checkbox"/> 일반의(전문과목:)
시행예정일 *	20 20 년 3 월 26 일 *		

* 수술(시술, 검사)참여 집도의 다수인 경우 모두 기재해 주시기 바랍니다.

주치의(집도의1) - 당해 수술(시술, 검사)에 있어, 주된 수술(시술, 검사)역할을 담당하는 의사

주치의(집도의2) - 당해 수술(시술, 검사)에 있어, 보조 수술(시술, 검사)역할을 담당하는 의사

◆ 환자 현재 상태 정보 (검사결과 및 환자의 고지에 따라 유/무/의상으로 나누어 기재) *

과거병력(질병·상해 모두)*	<input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 ()	알레르기*	<input type="checkbox"/> 유 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 ()
특이체질*	<input type="checkbox"/> 유 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 ()	출혈소인*	<input type="checkbox"/> 유 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 ()
고혈압*	<input type="checkbox"/> 유 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 ()	저혈압*	<input type="checkbox"/> 유 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 ()
당뇨병*	<input type="checkbox"/> 유 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 ()	심장질환 (심근경색 등)*	<input type="checkbox"/> 유 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 ()
호흡기질환 (기침·가래 등)*	<input checked="" type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 ()	신장질환 (부종 등)*	<input type="checkbox"/> 유 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 ()
기도이상*	<input type="checkbox"/> 유 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 ()	흡연유무*	<input type="checkbox"/> 유 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 ()
마취사고*	<input type="checkbox"/> 유 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 ()	마약사고*	<input type="checkbox"/> 유 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 ()
복용약물*	<input type="checkbox"/> 유 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 ()	기타*	<input type="checkbox"/> 유 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 ()

기타 질환정보, 환자의 상태 및 특이사항

◆ 설명사항

각 항목의 구체적인 내용은 수술 시술 검사의 특성에 따라 개별적으로 기재할 수 있습니다.

개별적 기재 내용 중 중요한 사항에 대하여는 굵은 글씨로 표시하거나 밑줄을 그어 강조하는 것이 바람직합니다.

1. 수술(시술, 검사)의 목적 및 효과와 필요성

기도와 기관지내로 기관지내시경을 삽입하여, 영상으로 기관지내 병변을 직접 확인하며, 기관지나 폐의 조직 표본과 기관지 세척액을 채취할 수 있습니다.



2. 수술(시술,검사)의 과정 및 방법, 수술(시술,검사) 부위 및 추정 소요시간

(추정 소요시간 : 시간 (30 분))

- 가. 검사 전 국소마취제로 목과 후두를 마취한 다음, 검사대에 누워 검사를 진행합니다. 목과 후두를 마취할 때 기침과 약간의 답답함이 있을 수 있으나 곧 가라앉습니다. 환자 상태에 따라 다르나 보통 수면유도제를 검사 전에 정맥내로 주사합니다.
- 나. 콧구멍이나 입으로 내시경을 삽입하여 성대와 기관지에 국소마취제를 추가적으로 분사합니다. 이 때 잔기침이 날 수 있으나 곧 가라앉습니다. 국소마취제를 기관지에 뿌리지 않으면 기관지내시경에 의한 자극으로 기침이 계속 유발 될 수 있습니다.
- 다. 기관지내시경 속의 작은 채널을 통해 검사를 기관지 안으로 넣어 이상이 있는 부위의 기관지 점막을 떼어냅니다. 이후 떼어낸 조직으로 세포를 관찰하는 병리학적인 검사를 진행합니다.
- 라. 위에 언급한 채널을 통해 생리식염수를 기관지 안으로 뿌리고 이를 다시 흡인하여 작은 통에 모읍니다. 이 때 모은 기관지 세척액으로 주로 세균이나 바이러스에 대한 검사를 진행합니다.
- 마. 기도내 삽관을 하고 있는 중환자의 경우는 인공호흡기를 연결한 상태에서 기도내관을 통해 기관지내시경을 삽입 하게 됩니다.

3. 수술(시술,검사)과정 혹은 회복과 관련된 발생 가능한 부작용이나 합병증(후유증)의 내용, 정도 및 대처방법

- 가. 검사 후에 후두부 마취로 불편감 또는 인후통이 있을 수 있으나 대개 하루 안에 없어집니다.
- 나. 객혈, 발열, 호흡곤란 등의 증상이 발생하면 즉시 의료진에게 알려주십시오. 필요한 경우 산소 공급, 자혈제 투여, 항생제 투여 등의 적절한 치료를 받게 됩니다. 조직검사 후 일시적인 출혈이 있을 수 있으며 대부분 심하지 않습니다. 발열과 근육통은 대부분 안정 후에 저절로 호전됩니다.
- 다. 검사 중에 호흡부전이 생기면 기도내 삽관과 기계호흡이 필요할 수 있습니다. 조직검사 후 출혈이 심할 경우 폐동맥 색전술이나 수술이 필요할 수 있습니다. 심각한 부작용이나 발생 빈도가 매우 낮습니다.
- 라. 과민반응: 아주 매우 드물게 국소마취제에 의한 속이나 전신경련 등이 발생할 수 있습니다.

4. 수술(시술,검사)관련 주의사항 (수술 등 전후 환자가 준수하여야 할 사항)

검사 전/ 검사 시 알아야 할 유의사항

- 가. 검사 전 최소 4시간 이상의 금식을 해야 합니다.
- 나. 검사 전 의치, 콘택트렌즈, 안경, 장신구 등은 미리 빼주십시오.
- 다. 검사 중 가능하면 기침을 참고 숨쉬는 것에 집중합니다. 적절한 협조가 이루어져야 내시경이 기관지 내에 머무는 시간이 짧고 합병증이 적게 발생합니다.

검사 후 알아야 할 유의사항

- 가. 검사 후 구개반사가 돌아올 때까지 4시간 금식과 안정을 해야 하며 물을 마신 다음 사레가 걸리지 않으면 고체 음식을 섭취하실 수 있습니다.
- 나. 수면내시경을 시행한 경우 졸림과 어지러움이 발생할 수 있으므로 내시경 시행 후 보호자가 2시간 이상 동행하고 있어야 합니다.
- 다. 인후통이 있는 경우 더운물로 가글하거나 따뜻한 증기를 흡입하여 통증을 완화할 수 있습니다.

5. 수술(시술,검사)방법의 변경 또는 수술 범위의 추가 가능성

기관지내시경 검사 중 호흡부전이 생기거나 출혈이 심할 경우 기도내삽관/기계호흡이나 폐동맥색전술 등이 필요할 수 있습니다. 추가 시술이 필요한 경우 시행하기 전에 이에 대하여 설명하고 동의를 얻기로 합니다.

6. 주치의(집도의)의 변경 가능성

수술(시술,검사)과정에서 환자의 상태 또는 의료기관의 사정(응급환자의 진료, 주치의(집도의)의 질병·출산 등 일선상 사유, 기타 변경사유:)에 따라 부득이하게 주치의(집도의)가 변경될 수 있습니다.



00102869 89200324031307941 1 3 6056

2020.03.24 이재석

7. 수술(시술,검사)이외의 대안 치료방법 및 수술(시술,검사)를 하지 않았을 경우 발생 가능한 문제

시행가능한 다른 치료방법 ☐ 없음 ☒ 있음

기관지내시경 없이 기관지내 병변을 확인하거나 폐포세척액을 얻을 수
는 없습니다.

수술(시술,검사)를 시행하지 않았을 경우 발생 가능한 문제

기관지내병변에 대한 정확한 진단이 불가능합니다. 기관지/폐에 생긴 염증의 원인을 알기 어렵습니다.

나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다. ----- (전체 동의함에 체크)

- ① 나(㉔또는㉕)는 나(또는 상기환자(㉔))에게 행하여질 수술(시술,검사,마취(별지))의 목적 및 효과, 과정 및 방법, 발생 가능한 부작용이나 합병증 및 후유증, 시행 가능한 다른 치료방법 및 시행하지 않았을 경우 발생 가능한 문제(필요 시 별도 문서 포함)에 대한 자세한 설명을 설명의사(㉖)로부터 들었습니다. - 본 검사가 연구, 학술 목적으로 사용될 수 있습니다.
- ② 이 수술(시술,검사,마취(별지))로서 불가항력적으로 야기될 수도 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 일어날 수도 있다는 것을 위의 설명으로 충분히 이해하였습니다.
- ③ 이 수술(시술,검사,마취(별지))에 협력할 것을 서약하고, 이 동의서 내의 환자 현재 상태에 대해 성실히 고지하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 수술(시술,검사,마취(별지))를 하는데 동의합니다.
- ④ 수술(시술,검사,마취(별지)) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술,검사,마취(별지))의 시행 전에 의사로부터 들었습니다.
- ⑤ 주치의(집도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술,검사,마취(별지))의 시행 전에 의사로부터 들었습니다.

①~⑤에
전체
동의함
☒

20 ____ 년 ____ 월 ____ 일 ____ 시 (24시간제)

㉔ 환 자 이 름 * (서명 또는 날인) *

주민등록상의 생년월일 : * 전 화 : *

주 소 : *

설명장관인(환자와의 관계 :) 이 름 (서명 또는 날인)

㉖ 설명 의사 이 름 * (서명 또는 날인) *



00102869 89200324031307941 1 4 6056

2020.03.24 이재석

※ 동의서는 본인 작성이 원칙이나 보호자나 법정대리인의 동의만을 받은 경우 대리인이 서명하게 된 사유를 ☒ 표기한 후에 아래의 서명란의 '보호자 또는 법정대리인'과 '설명 의사'가 서명하고 아래 서류(㉔)를 제출

- ☒ 환자의 신체·정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못하는 경우
☐ 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못하는 경우
☐ 설명 및 동의 절차로 인하여 지르가 지체되면 환자의 생명이 위협하여지거나 심신상의 중대한 장애를 가져오는 경우

20 20년 3 월 20 일 11 시 *(24시간제)

㉑ 보호자 또는 법정대리인(환자와의 관계 JK) 이 름

주민등록상의 생년월일 :

전 화 :

주 소 :

☒ 보호자 또는 법정대리인 서명 시, 「개인정보 보호법」에 의거하여 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 동의합니다.

㉒ 설명 의사

이 름

날인

㉓ 환자, 보호자 또는 법정대리인이 각자 제출(첨부) 하여야 할 서류 (㉔, ㉕, ㉖ 제출)

㉔ 환자 신분증명 서류 (주민등록증, 운전면허증, 여권, 외국인 등록증 사본)

㉕ 보호자 또는 법정대리인 신분증명 서류 (주민등록증, 운전면허증, 여권, 외국인 등록증 사본)

㉖ 관계 증명서류 (환자와 가족관계에 있는 경우, 가족관계증명서 등 가족관계에 있음을 증명할 수 있는 서류(원본 또는 사본) 기타 대리인이 본인임을 증명할 수 있는 증서 또는 문서(원본 또는 사본))

※ (유의사항) 환자 등은 위 서류를 첨부함에 있어 주민등록번호 중 뒷자리 숫자 7개가 인식될 수 없도록 제출하여야 함.
 (주민등록번호 전체가 표시되어서는 안 됨. 만약, 제출되는 서류에 주민등록번호 전체가 표시되어 있는 경우, 병원은 뒷자리 숫자 7개가 인식될 수 없도록 조치하여야 함.)

☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임하는 경우 (이 경우 별도의 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 합니다.)

- 의사의 상세한 설명은 이면지 또는 별지를 사용할 수 있습니다. (이 동의서에 첨부함)
- 환자(또는 대리인)는 이 동의서 또는 별지 사본에 대한 교부를 요청할 수 있으며,
 이 요청이 있을 경우 지체 없이 교부하도록 합니다. 단, 동의서 또는 별지 사본 교부 시 소요되는 비용을 청구할 수 있습니다.
- 수술(검사, 시술, 마취(별지)) 후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며,
 이 경우 추가비용을 청구할 수 있습니다.

한 양 대 학 교 구 리 병 원

4 / 4



한양대학교구리병원
 HANYANG UNIVERSITY GURI HOSPITAL