

동의서

이름 : [REDACTED]

제목 : Bilateral common peroneal neuropathy due to rapid and marked weight loss after biliary

surgery : A case report

교신저자 : [REDACTED]

나 ([REDACTED])는 본인의 정보가 논문에 게재되는 것을 본인의 자발적인 이해에 근거하여 동의합니다.

나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

V 정보는 내 이름이 첨부되지 않은 상태로 게시되며, 익명성을 보장하기 위해 최선을 다할 것입니다.

V 정보는 저널에 게재 될 수 있으며, 웹 사이트에 게재 될 수 있습니다.

V 본인은 온라인 공개 전 언제든지 동의를 철회 할 수 있지만 일단 정보가 확정되면 동의 철회가 불가능합니다.

** 환자명 : [REDACTED]

** 2020년 9월 28일

** 설명의사 : [REDACTED]



수술 동의서

등록번호: [redacted]

성명: [redacted]

성별/나이: [redacted]

주민등록번호: [redacted]

합관 소양문리수

진단명	답습에 의한 복막염		수술·시술명**
담당의	응급실공통		시행예정일
참여** 의료진	주치의 (집도의 1)	(이름: [redacted])	□전문의(전문과목: [redacted]) □일반의(진료과목: [redacted])
	주치의 (집도의 2)	(이름: [redacted])	
			□전문의(전문과목: [redacted]) □일반의(진료과목: [redacted])

2019년 2월 10일

1. 수술(또는 시술) 설명

(1) 수술(시술)의 목적 및 필요성 **

[Blank box for surgical purpose and necessity]

(** 표시는 필수 기재 사항입니다.)

(2) 수술(시술) 방법 **

[Blank box for surgical method]

(3) 수술(시술) 과정 및 후에 발생할 수 있는 문제점 및 합병증 **

[Blank box for surgical process and complications]

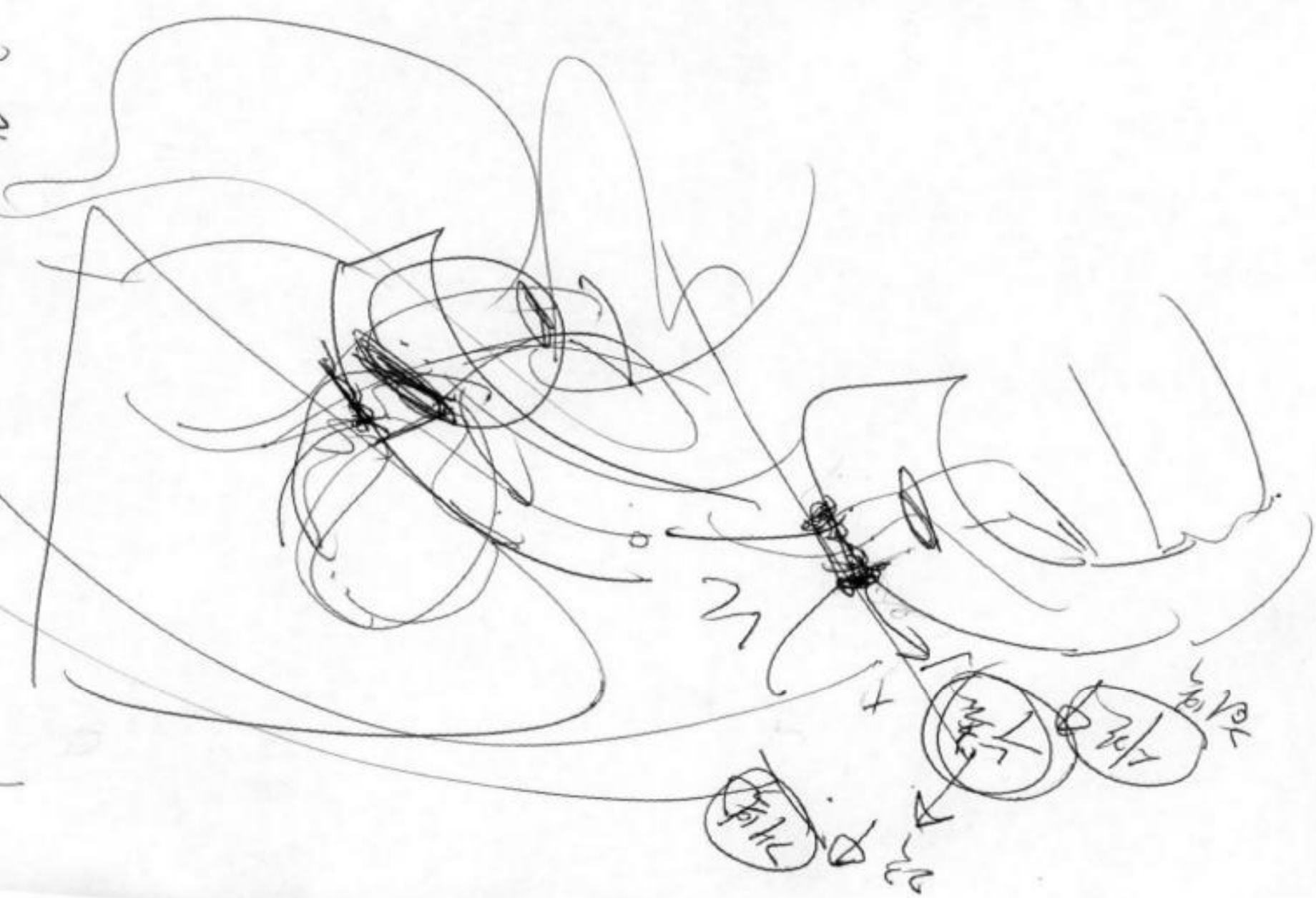
(4) 수술(시술) 이외의 시행 가능한 다른 치료 방법 **

[Blank box for alternative treatments]

(5) 수술(시술)을 하지 않는 경우의 예후 **

[Blank box for prognosis if surgery is not performed]

Handwritten notes in a box, possibly containing a date or reference number.



등록번호: []

성명: []

성별/나이: []

주민등록번호: []

수술 동의서

(6) 수술(시술) 전후 환자가 주의해야 할 사항 **

수술 후에 무기폐에 의한 폐렴의 예방을 위해 적극적인 호흡운동이 필요하고, 흡연자의 경우 금연이 필수적입니다. 장유착에 의한 장마비를 방지하기 위해 적극적인 보행 운동이 필요합니다.

소변줄, 수액, 배액관등이 빠지거나 손상되지 않도록 주의해주시기 바랍니다.

이상증상이나 궁금하신 점이 있으시면 언제든지 담당간호사, 주치의 또는 담당교수에게 말씀하여 주시기 바랍니다.

진단서 등 필요하신 서류는 원칙적으로 조직검사가 나온 후에 발행이 가능하오니 추후 외래에서 신청해주시기 바랍니다.

(7) 수술(시술) 방법의 변경 또는 수술(시술) 범위의 추가 가능성 **

수술(시술) 전 또는 수술(시술) 과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 수술(시술) 방법이 변경되거나 수술(시술) 범위가 추가될 수 있습니다.

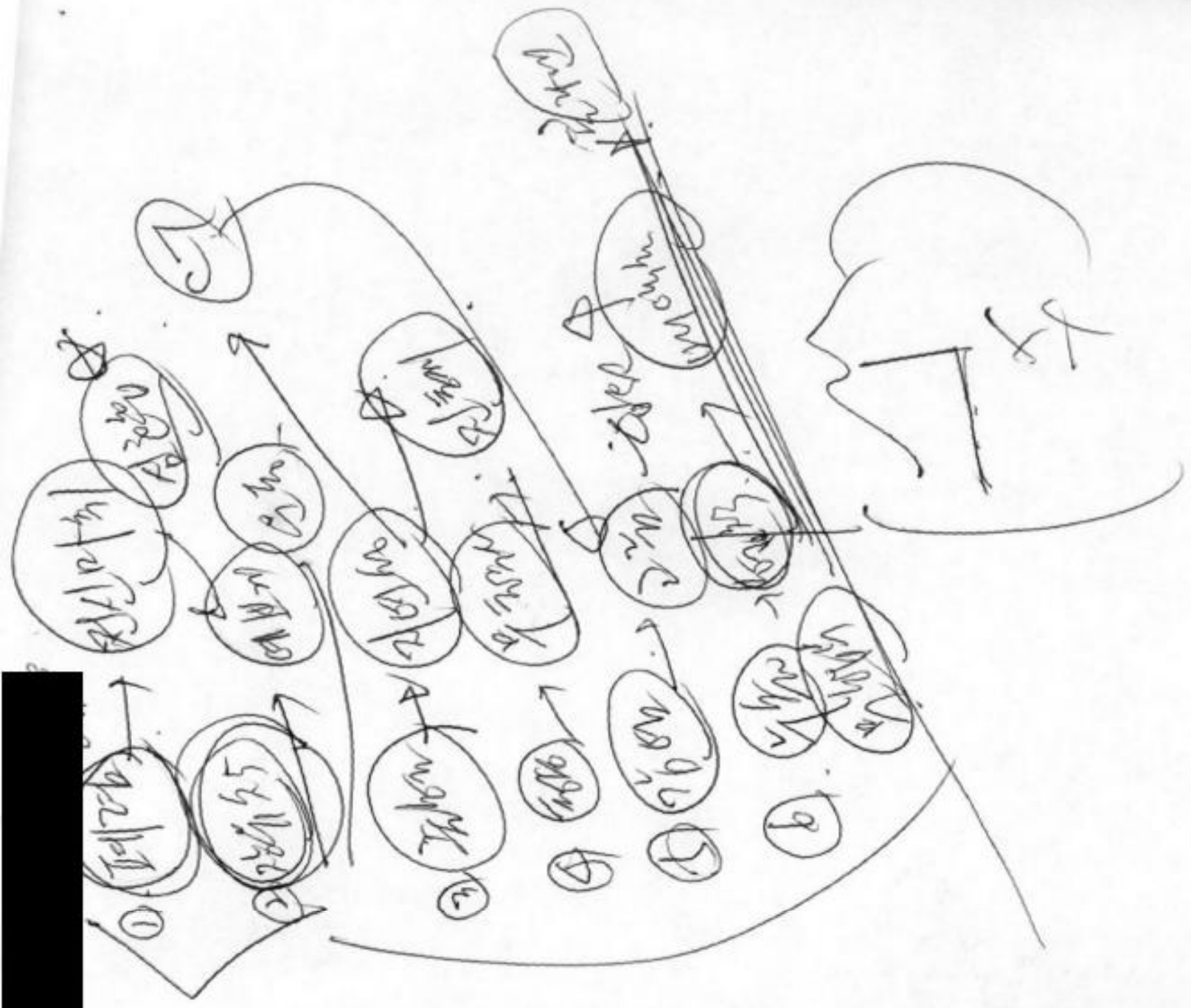
(8) 주치의(집도의)의 변경 가능성 **

수술(시술) 전 또는 수술(시술) 과정에서 환자의 상태 또는 병원 사정 (응급환자의 진료, 주치의 (집도의)의 질병·출산 등 일신상 사유, 기타)에 따라 부득이하게 주치의(집도의)가 변경될 수 있습니다.

**수술(시술) 전 또는 수술(시술) 과정에서 주치의(집도의)가 바뀌었을 경우 주치의(집도의) 변경 동의서를 추가로 받아야 합니다.

** 환자의 현재 상태 (검사결과 및 환자의 고지에 따라 유/무/미상)

과거병력 (질병·상해 전력)	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	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	당뇨병	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상
고/저혈압	<input checked="" type="checkbox"/> 유	<input 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	기도이상 유무	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상
출연여부	<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
심장질환 (심근경색증 등)	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	호흡기질환 (기장·가래 등)	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상
신장질환 (부종 등)	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	기타			





수술 동의서

등록번호: [REDACTED]

성별/나이: [REDACTED]

성명: [REDACTED]

주민등록번호: [REDACTED]

나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

1. 나(또는 환자)에 대한 수술(시술)의 목적 및 효과, 과정 및 방법, 과정 중 발생 할 수 있는 문제점, 발생 가능한 합병증, 시행 가능한 다른 치료 방법, 치료를 하지 않을 경우의 예후, 수술(시술) 전후 환자가 주의해야 할 사항을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
2. 이 수술(시술)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상지 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 1의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
3. 안전한 수술을 위한 수술 부위 표식의 필요성에 대한 설명을 들었음을 확인합니다.
4. 이 수술(시술)에 적극적으로 협력할 것을 서명하며 '환자의 현재 상태'에 대해 성실하게 고지하며 이에 따른 의학적 처리를 담당의 판단에 위임하여 이 수술(시술)을 하는 데에 동의합니다.
5. 적출된 조직은 대부분 조직검사에 이용되며, 그 나머지 부분은 관련법규에 따라 병원에서 폐기 처리합니다. 폐기될 조직의 일부분은 질병 연구 목적으로 사용될 수도 있다는 것에 동의합니다.
6. 수술(시술) 방법의 변경 또는 수술(시술) 범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
7. 주치의(집도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
8. 이 동의서와 환자제공물 설명서 별지서식 Z5-1-6-14에 대해 충분히 설명을 들었으며, 나(또는 환자)의 자발적인 이해에 근거하여 이 동의서에 서명합니다.

**환자명:

(서명 또는 본인)

■ 환자가 서명할 수 없는 경우

**대리인:

**대리인이 서명하게 된 사유 ☒

주민등록상의 생년월일:

☒ 환자의 신체적·정신적 장애로 인하여 약장 내용에 대하여 이해하지 못할

주소:

☐ 미성년자로서 약장 내용에 대하여 이해하지 못할

집전화:

☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함

휴대전화:

☐ 기타 타: [REDACTED]

**2019년 02월 11일 16시 38분

**담당의사(설명 의사)

* 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(또는 시술)후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가 비용을 청구할 수 있습니다.

충북대학교병원 장귀하