



## 외과 공통 수술 동의서

등록번호: 11181930 성명: 심상영 성별: M 나이: 86 생년월일: 1932-09-21

진단명	Hematochezia		
수술·시술·검사명**	embolization		
참여의료진	주치의	이상준	<input checked="" type="checkbox"/> 전문의 (전문과목: 소화기내과) <input type="checkbox"/> 일반의 (진료과목: )
	집도의 1	조성희	<input checked="" type="checkbox"/> 전문의 (전문과목: 영상의학과) <input type="checkbox"/> 일반의 (진료과목: )
	집도의 2		<input type="checkbox"/> 전문의 (전문과목: ) <input type="checkbox"/> 일반의 (진료과목: )
담당의	이상준	시행예정일	2018년 12월 28일

(\*\* 표시는 필수 기재 사항입니다.)

## 1. 환자 질환상태 및 특이사항 "

Hematochezia.
---------------

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
심장질환	<input checked="" type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	약물중독	<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	호흡기질환	<input checked="" type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상
특이체질	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	출혈소인	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상
당뇨병	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	약물사고	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상
흡연여부	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	기도이상 유무	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상
신장질환	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	기타			

## 2. 수술(시술·검사)의 목적 및 필요성 "

지혈.
-----

## 3. 수술(시술·검사) 방법 "

Embolization.
---------------



4. 수술(시술·검사) 과정 및 후에 발생할 수 있는 문제점 및 합병증 "

수술과 관련된 합병증

1. 재출혈
2. 흉증
3. 감염

수술의 일반적 합병증: 출혈, 감염, 폐렴, 쇼크, 사망

1. 마취 시 발생할 수 있는 합병증

- 호흡기계 부작용: 무기폐, 폐렴, 기관지 경련, 급성 호흡곤란 증후군 등
- 심혈관계 부작용: 혈압저하 부정맥, 속, 심근경색, 심정지 등
- 신장계 부작용: 급성신부전 - 혈액투석이 필요할 수 있으며 만성 신부전으로 진행할 수 있습니다.
- 전신마취: 성대, 치아, 눈의 불편감 및 손상 등
- 척추마취: 두통, 요통, 배뇨곤란 등

2. 출혈: 수술 중 수혈이 필요할 수도 있습니다. ( ☐ 동의합니다 ☐ 동의하지 않습니다. )

- 수혈 시 발생할 수 있는 부작용: 감염, 수혈반응(용혈성, 알러지성, 발열, 혈액응고장애, 저 체온) 등

3. 수술 후 중환자실 입실 및 인공 호흡기 치료 가능성: 고령, 미숙아, 영유아, 특이체질, 중증도 이상의 전신질환을 동반한 경우에 가능성이 증가합니다.

5. 수술(시술·검사) 이외의 시행 가능한 다른 치료 방법 "

수술

6. 수술(시술·검사)을 하지 않는 경우의 예후 "

전원지속

7. 수술(시술·검사) 전후 환자가 준수하여야 할 사항 "

none



1. 본인(또는 환자)에 대한 **수술(시술)**의 목적 및 효과, 필요성, 과정 및 방법, 과정 중 발생 할 수 있는 문제점, 발생 가능한 합병증 및 후유증, 시행 가능한 다른 치료 방법, 치료를 하지 않을 경우의 예후, 수술 전후 환자가 준수하여야 할 사항, 마취 등에 대한 설명을 의사로부터 듣고 이해하였습니다.
2. 본 **수술(시술)**로서 불가항력으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이 체질로 우발적 사고가 일어날 수도 있다는 것을 충분히 이해하였습니다.
3. 따라서 **수술(시술)**에 적극적으로 협력할 것을 서명으로 서약하며 '환자의 질환상태 및 특이사항'에 대해 성실히 고지하며 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 **수술(시술)**을 하는데 동의합니다.
4. 본인(또는 환자)은 수술 중 **수술(시술)** 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 **수술(시술)**의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
5. 본 동의서에 대해 주치의(집도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 **수술(시술)**의 시행 전에 의사로부터 충분히 설명을 들었으며, 본인의 자발적인 이해에 근거하여 이 동의서에 서명합니다.

**\*\*환자명:** \_\_\_\_\_ (서명 또는 날인)

■환자가 서명할 수 없는 경우

**\*\*대리인(환자의** 자 ) Hong Li **서명 또는 날인**

**생년월일:** 1954. 1. 2  
**연락처:** 010-2358-2418

**\*\* 대리인이 서명하게 된 사유** ☐

- ☒ 환자가 의사결정을 하기 힘든 신체적, 정신적 상태인 경우
- ☐ 미성년자인 경우
- ☐ 동의서에 포함된 내용을 설명했을 시 환자의 심신에 중대한 영향을 미칠 것이 우려되는 경우
- ☐ 환자 본인이 특정인에게 동의권을 위임하는 경우 (위임장과 신분증 사본 첨부)
- ☐ 기타

2018 년 12 월 28 일 10 시 57 분

**\*\*담당의사(설명 의사)** 이정현 (서명 또는 날인)

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

**강 원 대 학 교 병 원 장 귀하**