

원위부 췌장 (낭종, 췌장암) 절제 수술동의서

등록번호 성명 성별 여 나이 75세 생년월일 1939-10-16 (날짜)

진단명				상명
수술·시술·검사명**	원위부 췌장(낭종, 췌장암)절제수술			
담당의		직원	시행예정일	2015-08-31 (날짜)

(** 표시는 필수 기재 사항입니다.)

1. 환자 질환상태 및 특이사항 "

r/o MCN

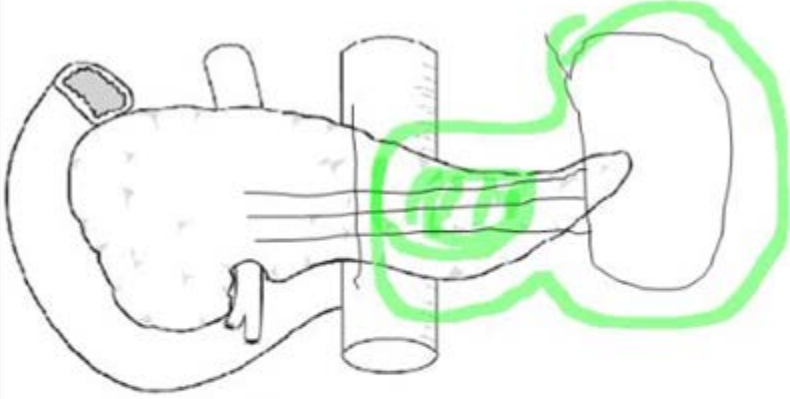
고혈압	☒ 유	☐ 무	☐ 미상	저혈압	☐ 유	☒ 무	☐ 미상
심장병	☐ 유	☒ 무	☐ 미상	약물 중독	☐ 유	☒ 무	☐ 미상
알레르기	☐ 유	☒ 무	☐ 미상	호흡기질환	☐ 유	☒ 무	☐ 미상
특이 체질	☐ 유	☒ 무	☐ 미상	출혈 소인	☐ 유	☒ 무	☐ 미상
당뇨병	☒ 유	☐ 무	☐ 미상	약물 사고	☐ 유	☒ 무	☐ 미상
신부전	☐ 유	☒ 무	☐ 미상	기타			

2. 수술(시술·검사)의 목적 및 필요성 "

원위부 췌장의 낭성 종양과 췌장암을 수술로 치료한다.

3. 수술(시술·검사) 방법 "

췌장 원위부를 절제한다.



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

~~간염~~ 수술과 관련된 합병증

1. 수술 후 감염 (창상감염, 복강내 농양 등)
2. 출혈
3. 위장역류
4. 위장염
5. 재발 및 전이
6. 기타

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(응혈성, 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 "

1. 수역 및 항생제 치료
2. 항암화학요법: 효과를 기대하기 어렵다.
3. 고주파 열치료 등

6. 수술(시술·검사)을 하지 않는 경우의 예후 "

~~간염~~의 유일한 근치적 치료는 수술입니다.

MCN은 전암병변으로 발견 당
시 수술적인 절제가 원칙임

1. 본인(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사)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, 마취 등에 대한 설명을 의사로부터 듣고 이해하였습니다.
2. 본 수술(시술, 검사)로서 불가항력으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이 체질로 우발적 사고가 일어날 수도 있다는 것을 충분히 이해하였습니다.
3. 따라서 수술(시술, 검사)에 적극적으로 협력할 것을 서명으로 서약하며 '환자의 질환상태 및 특이사항'에 대해 성실히 고지하며 이에 따른 의학적 처리를 담당의 판단에 위임하여 수술(시술, 검사)을 하는데 동의합니다.
4. 본인(또는 환자)은 수술 중 예정된 수술에 변동사항이 생길 경우 보호자에게 설명할 수 있음을 충분히 이해하였습니다.
5. 본 동의서에 대해 충분히 설명을 들었으며, 본인의 자발적인 이해에 근거하여 이 동의서에 서명합니다.

**환자명: [redacted] [redacted]

■환자가 서명할 수 없는 경우

**대리인(환자의 [redacted]) [redacted] [redacted]

생년월일: 19 [redacted]

연락처: [redacted]

** 대리인이 서명하게 된 사유 ☐

☐ 환자의 심한 신체적, 정신적 장애

☐ 미성년자

☐ 동의서의 내용이 환자의 심신에 중대한 영향을 미칠것으로 예상

☒ 환자 본인이 특정인에게 동의권으로 위임

☐ 기타 [redacted]

2015-08-30 16:32 [redacted] (날짜 시간)

**담당의사(설명 의사)

김영림

직원

전자서명으로 같음함

* 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