

등록번호 [redacted]
성명 [redacted]
주민번호 331105-1*****
성별 / 나이 남/83
진료과/주치의 GI 서정일
입원일자 2017년 03월 30일
병동 / 병실 63W/6314

+0000002159020+



내시경적 용종 절제술 동의서

과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.

설명 의사 성명 : [redacted] (명)

11. 설명 확인 및 동의

나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

- ① 나(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 목적, 효과, 과정, 예상되는 합병증, 후유증 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ② 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 ①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
- ③ 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)에 협력하고, 이 동의서 제1조의 환자의 현재 상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)을 하는 데에 동의합니다.
- ④ 수술(시술, 검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑤ 주치의(집도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.

작성일시 20 17년 4월 5일 (오전 / 오후) 11시 50분

환자명 또는 대리인 (환자의 [redacted])

주민등록상의 생년월일 : 33년 [redacted]

※ 대리인이 서명하게 된 사유

- ☐ 환자의 신체, 정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함.
☐ 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함.
☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함.
☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함.
(이 경우 별도의 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 합니다)
☐ 기타 _____

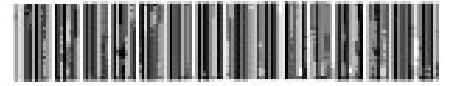
※ 의사의 상세한 설명은 이면지 또는 별지를 사용할 수 있습니다.(이 동의서에 첨부함)

※ 환자(또는 대리인)는 이 동의서 또는 별지 사본에 대한 교부를 요청할 수 있으며, 이 요청이 있을 경우 지체 없이 교부 하도록 합니다. 단, 동의서 또는 별지 사본 교부 시 소요되는 비용을 청구할 수 있습니다.

※ 수술(검사, 시술) 후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가비용을 청구할 수 있습니다.

등록번호 [REDACTED]
성명 [REDACTED]
주민번호 331105-1*****
성별 / 나이 남/83
진료과/주치의 GI 서정일
입원일자 2017년 03월 30일
병동 / 병실 63W/6314

+0000002159020+



내시경적 용종 절제술 동의서

동국대학교 경주병원장 귀하

등록번호 00407196
 성명 우병익
 주민번호 331105-1*****
 성별 / 나이 남 / 83
 진료과/주치의 GI 서정일
 입원일자 2017년 03월 30일
 병동 / 병실 63W/6314

+0000002158742+



수면, 대장 내시경 동의서

1. 환자의 현재상태 (검사결과 및 환자의 고지에 따라 유/무/미상으로 나누어 기재)

진단명	liver abscess		
수술/시술/검사명	진정(수면), 대장 내시경		
참여의료진	주치의(집도의 1)	이름 : 김민	☒ 전문의 (전문과목: GI) ☐ 일반의 (전문과목:)
	주치의(집도의 2)	이름 :	☐ 전문의 (전문과목:) ☐ 일반의 (전문과목:)
시행예정일	in . u . s		
과거병력 (질병/상해전력)	☐ 이상 ☒ 무 ☐ 유()	알레르기	☐ 이상 ☒ 무 ☐ 유()
특이체질	☐ 이상 ☒ 무 ☐ 유()	당뇨병	☐ 이상 ☒ 무 ☐ 유()
고/저혈압	☐ 이상 ☒ 무 ☐ 유()	매약사고	☐ 이상 ☒ 무 ☐ 유()
신장질환(부종 등)	☐ 이상 ☒ 무 ☐ 유()	거도이상 유무	☐ 이상 ☒ 무 ☐ 유()
흡연여부	☐ 이상 ☒ 무 ☐ 유()	흡혈소인	☐ 이상 ☒ 무 ☐ 유()
심장질환 (심근경색 등)	☐ 이상 ☒ 무 ☐ 유()	호흡기질환 (기침/가래 등)	☐ 이상 ☒ 무 ☐ 유()
복용약물	☐ 이상 ☒ 무 ☐ 유()		
기타			

■ 대장 내시경

2. 대장내시경(시술,검사)의 목적 및 필요성

대장 내시경 검사는 내시경을 통하여 항문과 직장 및 대장에 발생하는 여러종류의 질환(예:대장암, 염증성 장질환, 대장용종 등)을 진단하는데 있어 가장 기본적인 검사입니다.

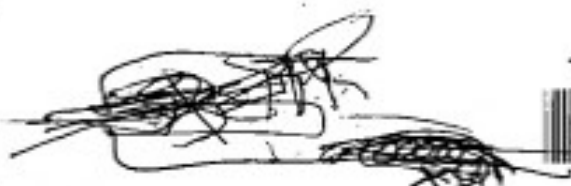
내시경중 이상이 발견되면 보다 정확한 진단을 위하여 즉시 조직검사, 대장점막염색 검사 등의 추가적인 진단검사를 할 수 있습니다.

3. 대장내시경(시술,검사) 과정 및 방법, 부위 및 추정 소요시간

- 수술(시술,검사) 부위
- 추정 소요시간

- 1) 대장 내시경 검사는 항문을 통하여 내시경을 삽입하여 대장 내부를 검사하는 방법으로 내시경 삽입을 용이 하기 위해 복부 압박이나 채워 면경을 시행할 수 있습니다.
- 2) 영장, 회맹판, 상행결장, 횡행결장, 하행결장, S상결장, 직장, 항문을 검사 할 수 있습니다.
- 3) 대장 내시경 검사 도중 병변이 발견되면 발견된 경우에는 조직검사, 점막염색법, 용종 제거술을 시행 할 수 있습니다.

등록번호 00407196
성명 우병익
주민번호 331105-1*****
성별 / 나이 남 / 83
진료과/주치의 GI 서정일
입원일자 2017년 03월 30일
병동 / 병실 63W/6314



+0000002158742+



수면, 대장 내시경 동의서

4. 대장내시경(시술, 검사) 과정 중 발생할 수 있는 문제점

항문을 통하여 내시경을 넣고 공기로 장을 부풀리면서 내시경을 대장 끝까지 삽입하기 때문에 복부 불편감이 발생할 수 있습니다. 드물게 합병증으로 출혈, 천공, 감염 등이 발생할 수 있습니다.

이전의 복부수술로 인하여 대장의 해부학적 변화가 생긴 경우 혹은 유착이 있는 경우에는 삽입자체가 어려운 경우도 있으며 천공 등의 합병증이 발생할 빈도가 높아집니다. 이러한 병력이 있는 경우에는 꼭 의료진에게 미리 말씀하여 주시기 바랍니다.

대변에 잔류 분변이 많아 내시경 진입이 어렵거나, 대장 해부학적 변화로 대장 내시경의 진입이 어려운 경우 치료자의 판단에 의해 검사를 중지할 수 있습니다.

5. 대장내시경(시술, 검사) 후 발생 가능한 합병증 및 후유증

일시적인 복부 평안감이나 통증이 지속될 수 있고 드물게 심혈 또는 천공이 생겨 수술적 치료가 필요할 수 있으며 아주 드물게 사망하는 경우가 보고되어 있습니다.

6. 대장내시경(시술, 검사) 이외의 시행가능한 대체방법

대장 조영검사로 대체할 수 있습니다. 하지만, 대장 조영검사상 의심되는 병변이 있을 시 대장 내시경 검사를 해야 하는 경우가 있습니다.

7. 치료를 하지 않을 경우의 예후

만약 시행하지 않았을 경우, 암이나 염증성 질환, 출혈 등을 확인 할 수 없어 환자가 최적의 치료를 적절한 시기에 받지 못 할 수도 있습니다.

수면 내시경

1. 수면내시경(진정)의 목적 및 필요성

수면(무통)내시경검사는 수면마취제를 사용하여 수면의식 하 진정(conscious sedation)상태로 내시경 검사를 하는 것을 말합니다. 수면마취제는 환자의 의식을 완전히 소실시키지는 않지만 정상적인 수면을 유도하고 일시적으로 검사과정에 나쁜 기억을 없애주므로 지나치게 내시경 검사에 대한 고통, 두려움, 불쾌감, 구토 등의 증상을 최소화하기 위해 사용하고 있습니다.

2. 수면내시경(진정) 과정 및 방법, 부위 및 추정 소요시간

- 수술(시술, 검사) 부위
- 추정 소요시간

검사전에 미다졸람(Midazolam) 혹은 프로포폴(Propofol)이라는 수면 마취제를 혈관에 주사합니다.

3. 수면내시경(진정) 과정 중 발생할 수 있는 문제점

수면 마취제의 혈관 주사가 개개인에 따라 심한 혈관 통증을 유발할 수 있습니다. 적정량의 약제를 사용함에도 불구하고 원하는 수준의 진정상태에 도달하지 못하거나 오히려 환자의 협조가 감소하여 시술이나 검사 자체가 어려워 질 수도 있으며 과도한 진정에 따른 호흡 억제, 저산소증, 혈압의 저하 등이 발생 가능합니다. 경우에 따라서 수면 마취제에 해독제를 투여하거나(비용알생), 의식 회복 후 일반 내시경을 시행해야 할 수도 있습니다.

등록번호 00407196
성명 우병익
주민번호 331105-1*****
성별 / 나이 남/83
진료과/주치의 GI 서정일
입원일자 2017년 03월 30일
병동 / 병실 63W/6314

+0000002158742+



수면, 대장 내시경 동의서

또한 진정제의 잔류 효과에 의한 숙취 현상, 단기 기억장애, 약물에 대한 이상 혹은 과민 반응 등이 일어날 수 있으며 아주 드물지만 심장지가 일어날 수도 있습니다.
위 내용물의 출인을 통해 폐렴이 유발 될 수도 있으며, 심할 경우 인공호흡기와 같은 중환자실 치료가 필요 할 수도 있습니다.

4. 수면내시경(진정) 후 발생 가능한 합병증 및 후유증

당일은 충분한 휴식을 취하십시오. 약제의 잔여 효과 때문에 의식회복 후 일정 시간이 경과된 후라도 갑작스런 기면 상태로 빠질 수 있으며, 진정 치료 후 24시간 동안은 몽롱한 상태가 지속될 수 있으니, 낙상 및 미끄럼에 주의하고 침상에서 내려올 경우 반드시 보호자 또는 의료진의 도움을 받아야 합니다. 또, 운전 및 중요한 약속, 정밀한 업무는 피해야 하며 보호자 동반하여 귀가해야 합니다. 호흡곤란, 구역, 구토, 심각한 기면 상태가 지속될 경우에는 바로 주치의 또는 내시경실, 응급실로 문의하여 주십시오.

5. 수면내시경(진정) 이외의 시행가능한 대체방법

일반 내시경 검사를 시행할 수 있습니다.

6. 치료를 하지 않을 경우의 예후

해당사항 없음

7. 수술(시술,검사) 관련 주의 사항 (수술 후 건강관리에 필요한 사항)

검사 중 주입된 공기로 인한 복부 불편감이 있을 수 있으므로 가스를 배출하면 편해집니다. 만약 증상이 나아지지 않으면 따뜻한 물주머니를 이용하여 배를 따뜻하게 해주십시오.
항문 불편감이 있을 경우 40도 정도 미온수에 15분가량 좌욕하지만 도열이 되며 식사는 2시간 후 미지근하고 소화기 잘되는 쪽으로 드시는 것이 좋습니다.
귀가 후 항문 출혈이나 혈변, 심한 복통, 발열, 구토, 복부 팽만, 오한 등의 증상이 있는 경우, 병원으로 오십시오.
진정내시경(수면)을 한 경우 일시적으로 기억이 나지 않을 수 있으나, 약효로 인한 것이므로 안심하십시오. 어지럽거나 쓰러질 수도 있으니 약 2시간 정도 회복실에서 충분히 회복하십시오. 반드시 보호자와 함께 귀가하시고 당일 자가운전은 위험하므로 절대 금지하시고 중요한 회의나 운동을 포함하여 사우나 등도 피하시고 가급적 휴식하십시오.

8. 수술(시술,검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성

수술(시술,검사) 과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 수술(시술,검사)방법이 변경되거나 수술범위가 추가될 수 있습니다. 이 경우, 환자 또는 대리인에게 추가로 설명하여야 하는 사항이 있는 경우에는 수술(시술, 검사)의 시행 전에 이에 대하여 설명하고 동의를 얻도록 합니다.

다만, 수술의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 수술방법의 변경 또는 수술 범위의 추가가 요구되는 경우에는 이에 따른 수술의 시행 후에 지체 없이 그 변경 또는 추가의 사유 및 수술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.

9. 주치의(집도의) 변경 가능성

등록번호 00407196
성명 우병익
주민번호 331105-1*****
성별 / 나이 남/83
진료과/주치의 GI 서정일
입원일자 2017년 03월 30일
병동 / 병실 63W/6314

+0000002158742+



수면, 대장 내시경 동의서

수술(시술, 검사)과정에서 환자의 상태 또는 의료기관의 사정(응급환자의 진료, 주치의(집도의)의 정명 출산 등 일신상 사유, 기타 변경사유:)에 따라 주치의(집도의)가 변경될 수 있습니다. 이 경우 수술(시술, 검사)의 시행 전에 환자 또는 대리인에게 구체적인 변경사유를 설명하고 서면동의를 얻도록 합니다.

다만, 수술의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 집도의의 변경이 요구되는 경우에는 이에 따른 수술 시행 후에 지체 없이 구체적인 집도의의 변경 사유 및 수술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.

설명 의사 성명 : 한지훈 지(서명)

10. 설명 확인 및 동의

나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

- ① 나(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 목적, 효과, 과정, 예상되는 합병증, 후유증 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ② 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)로서 불가항력적으로 어기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 ①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
- ③ 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)에 협력하고, 이 동의서 제1조의 환자의 현재 상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)을 하는 데에 동의합니다.
- ④ 수술(시술, 검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑤ 주치의(집도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.

작성일시 2017년 4월 5일 오전 / 오후 9시 23분

환자명 또는 대리인 (환자의 본인) : 우병익 (서명)

주민등록상의 생년월일 : 1934년 11월 5일 집전화 또는 휴대전화 : 010-8576366

※ 대리인이 서명하게 된 사유

- ☐ 환자의 신체, 정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못할,
☐ 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못할,
☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함,
☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함.

(이 경우 별도의 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 합니다)

☐ 기타 _____

등록번호 00407196
성명 우병익
주민번호 331105-1*****
성별 / 나이 남/83
진료과/주치의 GI 서정일
입원일자 2017년 03월 30일
병동 / 병실 63W/6314

+0000002158742+



수면, 대장 내시경 동의서

- ※ 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 교부 하도록 합니다. 단, 동의서 또는 별지 사본 교부 시 소요되는 비용을 청구할 수 있습니다.
- ※ 수술(검사,시술) 후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가비용을 청구 할 수 있습니다.

동국대학교 경주병원장 귀하

등록번호 00407196
성명 우병익
주민번호 331105-1*****
성별 / 나이 남 / 83
진료과/주치의 GI 서정일
입원일자 2017년 03월 30일
병동 / 병실 63W/6314

+0000002162510+



조영제 사용 설명 및 동의서

검사명 :

71318145
~~Abd dynamic Liver CT~~ Abd dynamic Liver CT

환자상태 특이사항

- ☐ 약물 부작용 과거병력: (무) / 유 (증상:)
- ☐ 조영제 부작용 과거병력: (무) / 유 (증상:)
- ☐ 당뇨병 Metformin제제 (ex: Diabex) 복용: (무) / 유 ()

조영제 사용에 대한 설명 및 주의사항

- 조영제는 검사의 정확도를 높이기 위해 투여하는 특수 주사제입니다.
- 검사하기 전 8시간 이상 금식을 하셔야 합니다.
- 조영제에 의한 부작용이 드물게 나타날 수 있으며 특히 천식, 알레르기 질환, 약물에 대한 과민 반응, 심한 탈수, 당뇨, 신장질환이 있는 사람에게서 그 빈도가 더 높다고 알려져 있습니다.
- 조영제에 의한 가벼운 부작용으로는 화끈한 온열감, 메스꺼움, 구토, 가려움증, 눈 주위와 입술이 붓고, 재채기 혹은 일시적 호흡곤란 등의 알레르기 반응이 있을 수 있으나 대개 아무런 조치 없이 증상이 좋아집니다. 그러나 아주 드물게는 환자의 특이 체질로 인한 신부전, 심한 호흡곤란, 경련, 쇼크 등의 심한 부작용이 발생할 수 있으며, 10만 명 중 1명의 비율로 사망하는 경우도 보고되어 있습니다. 또한 조영제의 혈관 누출이 발생할 수 있으며, 이로 인하여 붓음, 부종, 수포, 피부변색이 생길 수 있고, 심한 경우 피부이식이 필요한 경우도 있습니다.
- 유사시 본원의 의료진과 의료시설에 의한 신속하고 정확한 대처에도 불구하고 불가항력적으로 치명적 결과가 발생할 수 있습니다.

설명 의사 성명 :

황지훈 (서명)

등록번호 00407196
성명 우병익
주민번호 331105-1*****
성별 / 나이 남/83
진료과/주치의 GI 서정일
입원일자 2017년 03월 30일
병동 / 병실 63W/6314

+0000002162510+



조영제 사용 설명 및 동의서

※ 설명 확인 및 동의

나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

- ① 나(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 목적, 효과, 과정, 예상되는 합병증, 후유증 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ② 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 ①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
- ③ 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)에 협력하고, 이 동의서 제1조의 환자의 현재 상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)을 하는 데에 동의합니다.
- ④ 수술(시술, 검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑤ 주치의(점도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.

작성일시 20 17 년 4 월 12 일 (오전/오후) 7 시 50 분

환자명 또는 대리인 (환자의 본인) : _____ (서명)

주민등록상의 생년월일 : 33 년 11 월 05 일 집전화 또는 휴대전화 : _____

010-8596-3606

※ 대리인이 서명하게 된 사유

- ☐ 환자의 신체, 정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함.
☐ 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함.
☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함.
☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함.

(이 경우 별도의 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 합니다)

☐ 기타 _____

※ 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 교부 하도록 합니다. 단, 동의서 또는 별지 사본 교부 시 소요되는 비용을 청구할 수 있습니다.

※ 수술(검사, 시술) 후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가비용을 청구할 수 있습니다.

동국대학교 경주병원장 귀하

등록번호 00407196
성명 우병익
주민번호 331105-1*****
성별 / 나이 남 / 83
진료과/주치의 EM 최대해
진료일자 2017년 03월 30일
병동 / 병실

+0000002156372+



조영제 사용 설명 및 동의서

검사명 : A&P, chest CT.

환자상태 특이사항

- ☐ 약물 부작용 과거병력: (무) / 유 (증상:)
- ☐ 조영제 부작용 과거병력: (무) / 유 (증상:)
- ☐ 당뇨병 Metformin제제 (ex: Diabex) 복용: (무) / 유 ()

조영제 사용에 대한 설명 및 주의사항

- 조영제는 검사의 정확도를 높이기 위해 투여하는 특수 주사제입니다.
- 검사하기 전 8시간 이상 금식을 하셔야 합니다.
- 조영제에 의한 부작용이 드물게 나타날 수 있으며 특히 현식, 알레르기 질환, 약물에 대한 과민 반응, 심한 알수, 당뇨, 신장질환이 있는 사람에게서 그 빈도가 더 높다고 알려져 있습니다.
- 조영제에 의한 가벼운 부작용으로는 화끈한 온열감, 메스꺼움, 구토, 가려움증, 눈 주위와 입술이 붓고, 재채기 혹은 일시적 호흡곤란 등의 알레르기 반응이 있을 수 있으나 대개 아무런 조치 없이 증상이 좋아집니다. 그러나 아주 드물게는 환자의 특이 체질로 인한 신부전, 심한 호흡곤란, 경련, 쇼크 등의 심한 부작용이 발생할 수 있으며, 10만 명 중 1명의 비율로 사망하는 경우도 보고되어 있습니다. 또한 조영제의 혈관 누출이 발생할 수 있으며, 이로 인하여 통증, 부종, 수포, 피부변색이 생길 수 있고, 심한 경우 피부이식이 필요한 경우도 있습니다.
- 유사시 본원의 의료진과 의료시설에 의한 신속하고 정확한 대처에도 불구하고 불가항력적으로 치명적 결과가 발생할 수 있습니다.

설명 의사 성명 : 박준영 (성명)

등록번호 00407196
성명 우병익
주민번호 331105-1*****
성별 / 나이 남 / 83
진료과/주치의 EM 최대해
진료일자 2017년 03월 30일
병동 / 병실

+0000002156372+



조영제 사용 설명 및 동의서

※ 설명 확인 및 동의

나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

- ① 나(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 목적, 효과, 과정, 예상되는 합병증, 후유증 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ② 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 목이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 ①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
- ③ 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)에 협력하고, 이 동의서 제1조의 환자의 현재 상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)을 하는 데에 동의합니다.
- ④ 수술(시술, 검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑤ 주치의(집도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.

작성일시 20 17 년 3 월 30 일 (오전/오후) 17 시 09 분

환자명 또는 대리인 (환자의 부인) : 우병익 (서명)

주민등록상의 생년월일 : 1977 년 1 월 5 일 집전화 또는 휴대전화 : 770-3606

※ 대리인이 서명하게 된 사유

- ☐ 환자의 신체, 정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함.
☐ 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함.
☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함.
☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함.

(이 경우 별도의 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 합니다)

☐ 기타 _____

※ 의사의 상세한 설명은 이연지 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 교부 하도록 합니다. 단, 동의서 또는 별지 사본 교부 시 소요되는 비용을 청구할 수 있습니다.

※ 수술(검사, 시술) 후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가비용을 청구할 수 있습니다.

동국대학교 경주병원장 귀하

등록번호 00407196
성명 우병익
주민번호 331105-1*****
성별 / 나이 남/83
진료과/주치의 GI 서정일
입원일자 2017년 03월 30일
병동 / 병실 63W/6314

+0000002159020+



내시경적 용종 절제술 동의서

1. 환자의 현재상태 (검사결과 및 환자의 고지에 따라 유/무/미상으로 나누어 기재)

진단명	내장 용종		
수술/시술/검사명	용종 절제술		
참여의료진	주치의(집도의 1)	이름 : 김경호	☐ 전문의 (전문과목: 내과)
			☐ 일반의 (전문과목:)
	주치의(집도의 2)	이름 :	☐ 전문의 (전문과목:)
			☐ 일반의 (전문과목:)
시행예정일	2017 . 4. 5 .		
과거병력 (질병/상해전력)	☐ 미상 ☒ 무 ☐ 유()	알레르기	☐ 미상 ☒ 무 ☐ 유()
특이체질	☐ 미상 ☒ 무 ☐ 유()	당뇨병	☐ 미상 ☒ 무 ☐ 유()
고/저혈압	☐ 미상 ☒ 무 ☐ 유()	매약사고	☐ 미상 ☒ 무 ☐ 유()
신장질환(부종 등)	☐ 미상 ☒ 무 ☐ 유()	기도이상 유무	☐ 미상 ☒ 무 ☐ 유()
출연여부	☐ 미상 ☒ 무 ☐ 유()	출혈소인	☐ 미상 ☒ 무 ☐ 유()
심장질환 (심근경색증 등)	☐ 미상 ☒ 무 ☐ 유()	호흡기질환 (기침/가래 등)	☐ 미상 ☒ 무 ☐ 유()
복용약품	☐ 미상 ☐ 무 ☒ 유(aspirin)		
기타			

2. 수술(시술,검사)의 목적 및 필요성

종양성·비종양성 용종을 제거함으로써 암이 생기는 것을 예방할 수 있고, 종양 전체 조직을 검사할 수 있어 정확한 진단에도 매우 도움이 됩니다.

3. 수술(시술,검사) 과정 및 방법, 부위 및 추정 소요시간

- *수술(시술,검사) 부위
- *추정 소요시간

용종이란 정맥에서 내강으로 돌출하는 경계가 선명한 용기(혹)를 말합니다. 내시경 기기를 삽입한 상태에서 용종의 가자부를 forcep(조직경자)으로 제거하거나, Snare (줄가미)로 조여준 후 고주파 전류를 통해서 지혈과 절제가 동시에 이루어지는 시술입니다.

4. 수술(시술,검사) 과정 중 발생할 수 있는 문제점

공기를 넣어 장을 부풀려서 관찰 및 치료하는 검사법이기에 때문에 복통이 발생할 수 있으며 심한 경우 구역감과 오심이 동반될 수 있습니다. 용종 절제술 시행시 출혈, 천공 등이 발생할 수 있으나 대개 검사 중 내시경적 치료나 보존적 치료로 회복됩니다.

등록번호 00407196
성명 우병익
주민번호 331105-1*****
성별 / 나이 남/83
진료과/주치의 GI 서정일
입원일자 2017년 03월 30일
병동 / 병실 63W/6314

+0000002159020+



내시경적 용종 절제술 동의서

5. 수술(시술,검사) 후 발생 가능한 합병증 및 후유증

검사 후 합병증으로 천공, 출혈, 감염 등이 발생 할 수 있습니다. 천공이나 출혈이 심한 경우 외과적 수술이 불가피할 수 있습니다. 토혈이나 혈변, 심한 복부통증, 어지러움증상 심한 경우에는 바로 응급실로 내원하여 주시기 바랍니다. 치료의 지연과 기저 질환이 있거나 전신 건강 상태가 불량한 경우 아주 드물게 사망할 수도 있습니다.

6. 수술(시술,검사) 이외의 시행가능한 대체방법

외과적 수술을 고려할 수 있으나, 병기나 크기에 따라 내시경적으로 용종을 제거하는 것이 더 안전할 수 있습니다.

7. 치료를 하지 않을 경우의 예후

진단이 늦어지거나 종양성 용종의 경우 향후 크기 증가와 악성화 발전 가능성이 있으며, 추후에 이로 인한 합병증 및 추가비용의 소요가 예상됩니다.

8. 수술(시술,검사) 관련 주의 사항 (수술 후 건강관리에 필요한 사항)

시술 당일은 귀가 후 절대 안정을 취하며, 24~48시간 동안은 심한 운동을 피하도록 합니다.
검사 당일 식사는 저녁에 미음이나 죽을 드시고 뱀충, 출혈, 어지러운 증상, 식은 땀 등의 증상이 없으면 그 다음 날 아침부터 일반 식사 가능합니다.
2주 동안 무거운 물건이나 과격한 운동, 장거리 걷기 등의 지나친 움직임을 피합니다(지연 출혈 발생 가능성이 있으므로 주의). 출혈, 심한 복통, 호흡부전, 심한 어지러움증 등의 증상이 있으면 바로 진료를 받아야 합니다
진료시간 외에는 응급실로 내원하십시오.

9. 수술(시술,검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성

수술(시술,검사) 과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 수술(시술,검사)방법이 변경되거나 수술범위가 추가될 수 있습니다. 이 경우, 환자 또는 대리인에게 추가로 설명하여야 하는 사항이 있는 경우에는 수술(시술,검사)의 시행 전에 이에 대하여 설명하고 동의를 얻도록 합니다.

다만, 수술의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 수술방법의 변경 또는 수술 범위의 추가가 요구되는 경우에는 이에 따른 수술의 시행 후에 지체 없이 그 변경 또는 추가의 사유 및 수술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.

10. 주치의(집도의) 변경 가능성

수술(시술,검사)과정에서 환자의 상태 또는 의료기관의 사정(응급환자의 진료, 주치의(집도의)의 질병,출산 등 일신상 사유, 기타 변경사유:)에 따라 부득이하게 주치의(집도의)가 변경될 수 있습니다. 이 경우 수술(시술,검사)의 시행 전에 환자 또는 대리인에게 구체적인 변경사유를 설명하고 서면동의를 얻도록 합니다.

다만, 수술의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 집도의의 변경이 요구되는 경우에는 이에 따른 수술 시행 후에 지체 없이 구체적인 집도의의 변경 사유 및 수술의 시행결과를