



척추 주위신경 차단술 동의서

ANES

M/70

510520-1*****

2022/02/14

1. 환자의 현재 상태

진 단 명		운혈막 낭포, NOS, 상세불명 부위	
수 술 , 시 술 , 검 사 명		척추 주위신경 차단술	
참여 의료진	주치의 (집도의 1)	(이름: 김세영)	☒ 전문의(전문과목: 마취통증의학과)
	주치의 (집도의 2)	(이름:)	☐ 일반의(일반과목:)
시 행 예 정 일		2022년 02월 14일	
		일괄선택 : ☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	
과거병력 (질병·상해 전력)	☒ 유 ☐ 무 ☐ 미상	특이체질	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
알레르기	☒ 유 ☐ 무 ☐ 미상	출혈소인	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
마약사고	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	심장질환(심근경색증 등)	☒ 유 ☐ 무 ☐ 미상
당뇨병	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	호흡기질환(기침, 가래 등)	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
고·저혈압	☒ 유 ☐ 무 ☐ 미상	기도이상 유무	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
신장질환(부종 등)	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	흡연여부	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
복용약물	☒ 유 ☐ 무 ☐ 미상	기타	

2. 목적 및 필요성

척추 신경에 자극을 일으키는 여러 질환 (대상포진, 척추 압박 골절, 신경병증성 통증, 디스크 질환 등)에서 널리 시행할 수 있는 치료법으로, 병변이 있는 영역의 신경이 척추관에서 나오는 지점에 바늘을 위치하여 국소마취제 또는 소량의 스테로이드를 주입하여 신경의 흥분을 가라앉히고 염증을 줄이는 치료법입니다.

3. 시술 과정 및 방법

- 해부학적 구조물을 잘 알고 있는 숙련된 시술자에 의해 영상장치 없이 외래에서 시행하는 경우가 대부분이나, 정확한 차단술 위해 영상장치를 이용할 수도 있습니다.
- 엎드린 자세 또는 앉아 있는 자세를 취한 후 소독을 하고 바늘 자입점에 국소 마취를 합니다.
- 바늘이 원하는 위치에 들어가면 저항감법을 이용하여 위치를 확인 후 약물을 주입합니다.
이때 통증이 있을 수 있으나 심하게 움직이면 폐를 찌르는 등의 부작용이 발생할 수 있으므로 절대 움직이지 말아야 합니다.
- 시술 도중에 불편감이 심하면 움직이지 않고 큰 소리로 의사에게 이야기를 해 주십시오.
- 시술시간은 오래 걸리지 않으나 시술 후 어지러움 등이 흔하므로 10~20분간은 침상에서 안정이 필요합니다.

4. 수술(시술·검사) 전후 환자가 준수하여야 할 사항

- 2시간 정도 지난 후 가벼운 샤워는 가능하나 탕 목욕, 사우나는 하지 않도록 합니다.
- 목이나 상위 흉부에 시술 부위 주변의 무감각이나, 눈꺼풀의 무거워짐, 침 삼킬 때의 이물감 등은 시술이 잘 되었을 때 나타날 수 있는 증상으로 몇 시간 지나면, 소실되는 증상이니 안심하셔도 됩니다.
- 시술 후 가벼운 일상생활이 가능하나 시술 당인을 안정을 취하시는 것이 좋습니다.
- 시술 직후나 귀가 후에 숨이 답답한 증상이 있으면 통증클리닉 외래로 전화하거나, 응급실로 내원하여 주십시오.



5. 시술 후 발생 가능한 합병증 및 후유증

- 1) 감염 및 척추 주위조직 농양 발생 : 감염 발생 시 항생제 치료가 필요할 수 있음
- 2) 주위 혈관 손상, 혈종, 우발적인 혈관 내 약물 주입
- 3) 기흉 (1~2%)
- 4) 국소 마취제 흡수에 따른 전신 중독 증상 : 이명, 현훈, 구역/구토, 의식소실 등
- 5) 신경손상에 따른 증상 : 무감각, 이상감각, 마비증상, 호흡곤란, 배뇨/배변 장애 등
- 6) 통증의 완화 후 재발 또는 통증의 지속 가능성

6. 시술을 시행하지 않을 경우 예상되는 결과

통증의 악화, 난치성 만성 통증

7. 이 시술 이외의 시행 가능한 다른 방법

약물 치료, 물리 치료, 수술 치료

8. 수술(시술·검사)방법의 변경 또는 수술 범위의 추가 가능성

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

9. 주치의(집도의)의 변경 가능성

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



▶ 나(환자 또는 대리인)은

1. 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)의 목적 및 필요성, 수술 과정 및 방법, 수술 전 후 주의사항, 수술 후 치료경과, 수술 후 발생 가능한 합병증 및 후유증, 수술을 시행하지 않을 경우 예상되는 결과, 수술 이외의 시행 가능한 다른 방법 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
2. 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점 위 1의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
3. 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)에 협력하고, 이 동의서 1항의 환자의 현재 상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)을 하는 데에 동의합니다.
4. 수술(시술, 검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
5. 주치의(집도의)의 변경가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
6. 수술(검사, 시술)후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가 비용을 청구할 수 있습니다.

나(환자 또는 대리인)는 위의 사항을 자발적인 이해에 근거하여 확인하고 동의합니다.

▶ 동의서 작성 일시 : 2022 년 02 월 14 일 14 시 40 분

▶ 환자 본인

- 성 명 : [REDACTED]
- 연 락 처 : 010-9775-8686

▶ 설명 의사

- 성 명 : [REDACTED]
- 연 락 처 : 053-200-5866

▶ 대리인(환자와의 관계 :

)

- 성 명 : (서명)
- 연 락 처 : • 주민등록기준 생년월일 :
- 대리인이 서명하게 된 사유
 - ☐ 환자가 의사결정을 하기 힘든 신체적, 정신적 장애가 있음
 - ☐ 미성년자
 - ☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 영향을 미칠 것이 우려됨
 - ☐ 환자 본인이 특정인에게 승낙 권한을 위임함 (동의서 위임장 첨부)
 - ☐ 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 교부하도록 합니다. 단 동의서 또는 별지 사본 교부 시 소요되는 비용을 청구할 수 있습니다.

※ 배우자 및 직계존비속은 위임장 불필요.

