

001139878

PS

구신철

M/58

631019-1XXXXXX

0624

유리 피판술 동의서

진단명	Pressure sore		
수술/처치/검사	[REDACTED]		
참여 의료진	집도의1	김세영	☒ 전문의(전문과목: 성형외과), ☐ 일반의
	집도의2		☐ 전문의(전문과목:), ☐ 일반의(진료과목:)
시행 예정일	2022년 01월 06일		

1. 환자의 현재 상태

- ☐ 고혈압 ☐ 저혈압 ☐ 당뇨병 ☐ 알레르기 ☐ 흡연 ☐ 목이소견없음
☐ 특이체질 ☐ 출혈소인
☐ 투약사건 ☐ 기도이상
☐ 수술력 ☐ 약물복용력
☒ 기타질환 (심장, 호흡기, 신장질환 등) [REDACTED]

2. 설명사항

(1) 수술(시술, 검사)의 목적 및 효과

- 1) 귀하의 현재 상태 : 연부조직 결손창이 있습니다.
 2) 신체의 일부에서 근, 골, 연부조직, 피부 등이 결손된 상태로 근, 골, 피부 등 각종 조직을 필요에 따라 단독적으로 또는 복합적으로 한 번의 수술로 말리까지 이전할 수 있는 유리피판술이 필요합니다. 유리피판술은 결손, 조직의 건조, 섬유화를 적게 일어나게 하여 외양적 및 기능적으로 재건하는데 목적이 있습니다.
 3) 추가적인 검사의 필요성 : 혈관 촬영술이 필요할 수 있습니다.

(2) 수술(시술, 검사) 과정 및 방법

- 1) 공여부에서 피판을 획득
 2) 혈관문합, 신경문합, 피부봉합
 3) 피판 절 이후 피부결손이 있을시 피부이식
 4) 공여부 봉합

(3) 발현 가능한 합병증(부유증)의 내용, 정도 및 대처방법

문합된 혈관상태가 안 좋으면 피판의 일부 및 전부가 괴사, 식피의 일부 또는 전부의 소실, 공여부의 파열 및 혈종, 감각이상, 혈종, 구축, 변흔 등이 나타날 수 있습니다.

(4) 수술(시술, 검사) 관련 주의사항 (수술 후 건강관리에 필요한 사항)

대부분의 경우 수술 후 약 3주일째 봉합사를 제거하며 수술 범위와 부위에 따라 달라질 수 있습니다.



(5) 수술(시술, 검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성

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

(수술(시술, 검사) 방법 및 범위 변경 ☐)

변경된 방법 및 범위:

사유:

(이 경우, 환자 또는 대리인에게 추가로 설명하여야 하는 사항이 있는 경우에는 수술(시술·검사)의 시행 전에 이에 대하여 설명하고 동의할 연도록 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.)

(6) 주치의(집도의)의 변경 가능성

수술(시술, 검사) 과정에서 환자의 상태에 또는 의료가관의 사정(응급환자의 진료, 주치의(집도의)의 질병, 출산 등 일상상 사유, 기타 변경사유)에 따라 부득이하게 주치의(집도의)가 변경될 수 있습니다.

(주치의(집도의) 변경 ☐)

사유:

(이 경우 수술(시술·검사)의 시행 전에 환자 또는 대리인에게 구체적인 변경사유를 설명하고 서면동의를 연도록 합니다.)

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

(7) 기타사항**1) 예정된 의료행위가 시행되지 않았을 때의 결과**

태가 노출된 경우 염증이 의해 골수염이 될 수 있으며 주위 조직에 괴사가 될 수 있으며 절단이 불가피한 경우도 있습니다.

2) 시행 가능한 다른 치료방법 : ☒ 없음 ☐ 있음

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. -----확인함 ☒

이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위의 설명으로 이해했음을 확인합니다. -----확인함 ☐

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. -----확인함 ☐

수술(시술·검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술·검사·마취·의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다. -----확인함 ☐



주치의(점도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다. -----확인함 ☒

본 치료방법의 수가 중 의료보험 요양급여 기준에 인정되지 않는 비급여 부분과 선택진료비는 본인이 전액 부담할 것을 동의합니다. -----확인함 ☐

2022년 1월 6일 시 본

< 설명의사 >

* 이름 [redacted] 서명 [redacted]

< 환자 >

* 이름 [redacted] 서명 [redacted]
 * 주민등록상의 생년월일: * 집전화:
 * 주소: * 휴대전화:

< 보호자 또는 대리인 >

* 이름 [redacted] 서명 [redacted]
 * 주민등록상의 생년월일: * 집전화:
 * 주소: * 휴대전화:
 * 환자와의 관계 [redacted]

< 대리인이 서명하게 된 사유 > [근거 : 공정거래위원회 수술동의서 표준 약관]

- ☐ 환자의 신체, 정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
☐ 미성년자(만 19세 미만)로서 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 함)
☐ 기타 [redacted]

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

