

(위/대장 내시경) 검사 동의서

| | |
|-------------------|----------------------|
| 등록번호 | 진단명 : 위장질환 |
| 성명 | 진료과/담당교수 : 소화기내과 김은영 |
| 성별 / 연령 : M/47세 | 설명 의사 : 김은영 |
| 생년월일 : 1971.11.11 | 원진 의사 : (서명) |
| 병동 / 병실 : / | 시행 예정일 : 2018년 6월 9일 |

■ 환자의 기왕력 및 현재 상태

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 가동력 <input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 특이체질 <input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 고·저혈압 <input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 심장질환 <input type="checkbox"/> 있음 <input checked="" type="checkbox"/> 없음 CAOD IVD 두약사고 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 호흡기질환 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 구체적내용 : | <ul style="list-style-type: none"> 알레르기 <input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 당뇨병 <input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 출혈수인 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 신장질환 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 마약사고 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 기도이상유무 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 |
|---|---|

■ 세부 내용 설명

| 설명항목 | 설명내용 |
|---|---|
| 1. 검사의 목적 및 효과(필요성, 장점) | <ul style="list-style-type: none"> 위(대장)내시경 검사는 인체 내부를 관찰할 수 있는 내시경 기계를 이용하여 위, 십이지장, 대장의 병변을 확인하기 위한 검사로서, 위(대장)내시경 검사 중 주입기관으로 악성 변화가 의심되는 병변이 있을 경우 직접 병변 관찰하고 병변의 조직을 채취하여 악성 변화 등을 확인할 수 있는 장점이 있습니다. |
| 2. 검사 과정 및 방법 | <ul style="list-style-type: none"> 위(대장)내시경 검사는 입(항문)을 통하여 식도, 위, 및 십이지장(직장, 결장 및 항문 부위)까지 관찰하게 되며 환자의 상태에 따라 필요 시 조직검사 및 여러 가지 수술을 시행할 수 있습니다. 위(대장)내시경을 통한 조직검사는 내시경 검사를 받는 동안 위(대장) 내부에 병변이 관찰되는 경우, 내시경관 내부의 작은 통로를 통하여 조직검사를 위한 경자가 삽입된 후 작은 조직을 채취하는 과정을 거치게 됩니다. 이렇게 채취된 조직은 병리검사를 통한 조직 확인을 통하여 병변의 정확한 진단을 하게 됩니다. |
| 3. 검사과정 중 발생할 수 있는 문제점 (대처방법/검사관련 병변 및 합병 추가 가능성) | <ul style="list-style-type: none"> 위(대장)내시경 검사는 일반적으로 안전한 검사이나 내시경 검사 이후 복부 불쾌감이나 구역 구토와 같은 경미한 부작용이 있을 수 있으며 이러한 경우 대부분에서 약간의 안정과 시간 경과로 호전을 보입니다. 또한 드물게 위장 출혈이나 전공, 사망과 같은 심각한 부작용이 발생될 수 있으며, 이러한 경우 의뢰진에 의해 적극적인 치료를 시행하게 됩니다. 위(대장)내시경을 통한 조직검사는 병변에서 조직을 직접 채취하는 검사로서, 조직을 채취하는 과정에서 드물지만 조직검사 시행한 곳의 지속적인 출혈 또는 점막 손상, 천공 경우는 위(대장)전공이 발생할 수 있습니다. 지속적인 출혈이 있는 경우 조직 검사한 곳의 지혈제의 도포 또는 주입, 클립을 이용한 지혈을 시행할 수 있으며, 전공의 의심되는 경우에 클립을 이용한 봉합을 시행할 수 있습니다. 대부분의 경우 위와 같은 시술을 통하여 문제가 해결이 되지만, 시술 후에도 출혈이 지속되거나 전공이 의심되는 경우 위(대장)전공 병의 수술을 통한 치료도 필요할 수도 있습니다. |

| 설명항목 | 설명내용 |
|---------------------------|---|
| 4. 검사 후 발생 가능한 합병증 및 후유증 | <ul style="list-style-type: none"> 위(대장)내시경 검사 이후 발생되는 가장 많은 부작용으로, 일시적인 복통 및 구역, 구토 등이 있을 수 있으나 대부분에서 안정감으로도 후전이 됩니다. 이외에 조직검사는 환자에게 통증을 유발하지 않고, 조직검시 후에 대부분의 환자는 합병증 또는 후유증 없는 상태로 유지되지만, 효색변 또는 혈변이 지속되거나 심한 복통이 나타나는 경우 재검사를 통해서 치료를 시행 받을 수 있습니다. |
| 5. 검사 이외의 선택할 수 있는 다른 치료법 | <ul style="list-style-type: none"> 위(대장) 내시경 검사 이외에 위장 병변이나 장 병변을 관찰하기 위하여 소염제를 이용한 위상소염촬영이나 바륨소염관상, CT 검사 등을 통하여 검사를 시행할 수 있습니다. 그러나 양성병변으로 의심되는 병변이 관찰되는 경우, 조직 검사를 동시 하고 병변의 정확한 진단은 불가능하며, 내시경을 통한 조직 검사 이전에 병변의 조직을 얻을 수 있는 다른 검사방법은 현재로서는 없는 상태입니다. |
| 6. 실시하지 않을 경우 발생 가능한 결과 | <ul style="list-style-type: none"> 위(대장)내시경 및 이를 통한 조직검사는 여러 가지 병변 특히 암병변에 대하여 진단에 필수적인 검사로서 시행하지 않을 경우, 조기암 등의 진단이 늦어져 진행성 암으로 발전 할 수 있는 가능성을 가지게 됩니다. |
| 7. 추가적인 손상 가능성 | <ul style="list-style-type: none"> 위(대장)내시경 중 병변을 발견하여 조직검사를 시행하는 경우 환자의 상태에 따라 추가적인 지혈술 등이 필요할 수 있습니다. 위내시경 검사의 경우 입을 통하여 검사를 시행하게 되어 검사 중 마우스피스를 물고 있게 됩니다. 이때 치아의 손상이 이미 있는 환자나 무의식적인 힘을 쓰는 경우 치아의 손상이 유발될 수도 있습니다. |

■ [검사 및 조직검사 동의] 본인은 검사 및 조직검사의 필요성, 내용, 예상되는 합병증과 후유증에 대하여 주치의로부터 설명을 들었으며, 검사를 통하여 정신적, 신체적 변화가 불가항력적으로 야기될 수 있으며 우발적인 사고의 발생 가능성에 대하여 충분히 이해합니다. 이러한 검사과정에서 대한 의학적 판단을 주치의에게 위임할 것을 자발적으로 결정했으며 본 검사에 동의합니다.

■ [치아 손상 동의] 의사로부터 치아손상에 대하여 내시경 과정 중 불가피하게(각별히 주의와 보호를 했음에도 불구하고) 손상내지 상한 경우 발생 가능성도 있음을 설명 들어 이해하며, 필요한 경우 내시경 후에 별도의 치료 비용을 지불할 수 있음에 동의합니다.

IV Exam done

우측

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 흔들리는 치아 | <input type="checkbox"/> 금이 간 치아 | <input type="checkbox"/> 모래시계모양 치아 | <input type="checkbox"/> 잘려 나간 치아 |
| <input type="checkbox"/> 뿌리만 남은 치아 | <input type="checkbox"/> 부분의치 | <input type="checkbox"/> 충 의치 | <input type="checkbox"/> 기타 |

■ [지혈술 동의] 본인은 검사의 필요성, 내용, 예상되는 합병증과 후유증에 대하여 주치의로부터 설명을 들었으며, 이러한 검사과정에서 대한 의학적 판단을 주치의에게 위임할 것을 자발적으로 결정했으며 본 검사에 동의합니다.

■ [비급여 동의] 본인은 검사의 필요성 및 이에 필요한 기구의 사용에서 불가항력적으로 비급여 항목 사용이 요구될 수 있음을 설명 들었고 이에 동의합니다.

■ [병리조직검사 동의] 본인은 본 수(서)술로 얻어진 병리조직 검체의 정확한 진단을 위하여 특수염색, 면역조직화학검사, 분자병리검사 및 전자현미경검사 등 추가적인 검사가 필요할 수 있음을 설명 들었으며, 보다 정확한 진단을 위해 시행한 추가 검사비의 수납이 부족한 경우 퇴원 이후에 이루어질 수 있음을 이해하였습니다. 이러한 제반 병리조직 검사비의 지불에 동의합니다.

나(대리인)는 나(환자)의 상태, 검사의 목적 및 중요성, 장점 및 단점, 검사의 과정 및 방법, 검사 과정 중 발생할 수 있는 문제점(대처방법, 방법 변경 및 범위 추가 가능성), 검사 후 발생 가능한 합병증 및 후유증, 검사 이외의 선택할 수 있는 다른 치료법, 실시하지 않을 경우 발생 가능한 결과 등 검사의 위험과 이익에 대하여 충분히 설명을 들었으며, 본 검사로 인해 생길 수 있는 불가항력적인 합병증과 우발적 사고의 가능성에 대해 충분히 이해하였습니다. 이에 따라 나(대리인)는 본 검사를 시행하는데 동의합니다.

2018년 6월 9일 11시 40

| | |
|------------|--|
| 환자성명 | 김대리인 |
| 보호자 또는 대리인 | <p>환자 본인이 서명할 수 없는 경우 해당 란에 V 표시하여 주시기 바랍니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 마취/鎮静제 사용 약제 내용에 대하여 이해하지 못함(연필로 19세 미만)</p> <p><input type="checkbox"/> 환자의 신체/정신적 상태로 인하여 약제 내용에 대하여 이해하지 못함</p> <p><input type="checkbox"/> 동의서에 포함된 내용을 읽어볼 때 환자/보호자가 신중히 숙고한 사항을 기재 할 수 있는 경우</p> <p><input type="checkbox"/> 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함</p> <p>(이 경우 환자와 위임장을 본 동의서에 첨부하여야 합니다.)</p> <p><input type="checkbox"/> 기타:</p> <p>※ 보호자 또는 대리인 신중확인 후 이해 가능 여부를 수진하는데 동의합니다.</p> |
| 생년월일 / 성별 | |
| 전화 / 휴대폰 | |
| 주소 | |
| 관계 / 성명 | / (서명) |

가천대길병원장 귀하

(식도내압 검사) 동의서

| | |
|---|-----------------------------|
| 동 료 인 호 | 진 단 명 |
| 성 명 | 진 료 과 / 담당 교수 |
| 성 별 / 연 령 : M/47세 | 실 행 의 사 : (서명) |
| 생 년 월 일 | 합 진 의 사 : (서명) |
| 병 동 / 병 실 | 시 행 예 정 일 : 2018 년 5 월 29 일 |
| 동충환과순(100/100 본인부담) <input type="checkbox"/> 동의함 (<input type="checkbox"/> 1일 <input type="checkbox"/> 2일) <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | |

■ 환자의 기왕력 및 현재 상태

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 기왕력 <input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 특이체질 <input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 고혈압 <input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 심장질환 <input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 투약사건 <input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 출혈경향 <input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 구제조내용 | <ul style="list-style-type: none"> 알레르기 <input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 당뇨병 <input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 출혈소인 <input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 신장질환 <input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 마약사건 <input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 가도이상유무 <input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 |
|---|---|

■ 세부 내용 설명

| 설명내용 | |
|---|---|
| 1. 수술(시술)의 목적 및 효과 (필요성, 장점) | <ul style="list-style-type: none"> 식도의 운동 및 식도 괄약근의 기능을 검사하는 것으로 식도운동이상을 진단하기 위한 가장 중요한 검사입니다. 상부위식관 내시경상 이상 소견이 없는 위하근관과 심장에서 발생하지 않은 흉통의 원인을 규명하기 위한 유용한 검사입니다. |
| 2. 수술(시술)의 과정 및 방법 | <ul style="list-style-type: none"> 검사는 배광을 마친 후 코를 통해 가는 관을 삽입하여 식도내 압을 측정하게 됩니다. 검사 도중에는 증상에 따라 다소 불편감을 느낄 수 있습니다. 검사 중 3시간 이상 금식, 금주, 금연 해야하며, 식도 운동에 영향을 줄 수 있는 약물은 48시간 전에 중단해야 합니다. |
| 3. 수술(시술)과정 중 발생할 수 있는 문제점 (대처방법/방법 변경 및 법위 추가 가능성) | <ul style="list-style-type: none"> 통증 출혈: 비강, 구강내 출혈 심장질환, 위장질환(복통증, 구토) 자주 나타나는 분, 최근에 고수술을 받으신 분이나 구강 질환이 있으신 분, 출혈 경향이 있는 혈액질환, 알레르기 질환이 있으신 분은 검사 전 반드시 말씀해 주시기 바랍니다. |
| 4. 수술(시술) 후 발생 가능한 합병증 및 후유증 | <ul style="list-style-type: none"> 검사 중 먹은 음식 인해 속이 더부룩 할 수 있으나 곧 사라집니다. 검사 후 목이 붓거나 구강 입에서 딱딱한 느낌 있을 수 있으나 곧 사라집니다. 계속해서 목이 붓거나 피가 나면 수화관 등을 검사실로 연락 주시기 바랍니다. |

| 설명항목 | 설명내용 |
|-------------------------------|--|
| 5. 수술(시술) 이외의 선택할 수 있는 다른 치료법 | • 식도 내압 검사는 식도운동이상을 진단하기 위한 가장 중요한 검사 방법으로 이를 대체할 수 있는 다른 검사 방법은 없습니다. |
| 6. 실시하지 않을 경우 발생 가능한 결과 | • 상부 위장관 내시경상 이상 소견이 없는 연하곤란과 식장에서 발생하지 않은 흉통의 원인을 규명하기 어렵습니다. |

■ [수술(시술) 동의] 본인의 수술(시술)의 필요성, 내용, 예상되는 합병증과 부유증에 대하여 주치의로부터 설명을 들었으며, 수술(시술)을 통하여 정신적, 신체적 변화가 불가항력적으로 야기될 수 있음과 우발적인 사고의 발생 가능성이 대하여 충분히 이해합니다. 이러한 수술(시술)과정에 대한 의학적 판단은 주치의에게 위임한 것을 자발적으로 인정했으며 본 수술(시술)에 동의합니다.

■ [국소마취 동의] 국소마취 시행 목적은 수술(시술) 중 환자의 불편감을 감소시키고 통증을 최소화시켜 안전하게 수술(시술)을 시행 받을 수 있도록 하기 위함입니다. 환자의 신체적 상황과 수술(시술)방법 그리고 안전을 고려하여 적절한 마취방법을 선택한 것으로 이해하며, 경우에 따라 마취계획이 변경될 가능성이 다해 충분한 설명을 들었으며 이에 동의합니다.

■ [비급여 동의] 본인의 검사의 필요성 및 이에 필요한 기구의 사용에서 불가항력적으로 비급여 항목 사용이 요구될 수 있음을 설명 들었고 이에 동의합니다.

나(대리인)는 나(환자)의 상태, 수술(시술)의 목적 및 효과(필요성, 장점 및 단점), 수술(시술)의 과정 및 방법, 수술(시술)과정 중 발생할 수 있는 문제점(대처방법, 방법 변경 및 범위 추가 가능성), 수술(시술) 후 발생 가능한 합병증 및 부유증, 수술(시술) 이외의 선택할 수 있는 다른 치료법, 실시하지 않을 경우 발생 가능한 결과와 마취의 위험과 이익에 대하여 충분히 설명을 들었으며, 본 수술(시술)로 인해 생길 수 있는 불가항력적인 합병증과 우발적 사고의 발생에 대해 충분히 이해하였습니다. 이에 따라 나(대리인)는 본 수술(시술)을 시행하는데 동의합니다.

2018년 5월 24일 13시

환자 설명 **변태식** (서명)

환자 본인이 서명할 수 있는 경우 해당 라에 V 표시하여 주시기 바랍니다.

☐ 사전면담으로 약정 내역에 대하여 이해하기 충분(방법은 19세 미만)

☐ 환자의 신체·정신적 상태가 조차도 안정 상태에 대하여 이해하지 못한

☐ 동의서에 포함된 내용과 설명받은 것 사이의 일치와 불일치에 대하여 이해하는 경우

☐ 환자 본인이 숙박에 있는 국소마취를 요청하며 위험한 (이 경우 별도의 위험성을 또 통보시켜야 합니다)

☐ 기타:

본 보호자 또는 대리인 신권확인용 위해 아래 개인정보를 수집하는데 동의합니다.

생년월일 / 성별

전화 / 휴대폰

주소

관계 / 성명 / (서명)

가천대길병원장 귀하

동의서 내시경실 관련



(위/대장 내시경) 검사 동의서

| | |
|--------------------|----------------------------|
| 등록번호 | 진단명 : Jackhammer esophagus |
| 성명 | 진료과/담당교수 : GI/김경오 |
| 성별 / 연령 : F/52세 | 설명 의사 : <i>Kim K.O.</i> |
| 주민등록번호 | 환자 의사 : (서명) |
| 병동 / 병실 : C8A/8008 | 시행 예정일 : 2017 년 5 월 12 일 |

■ 환자의 기왕력 및 현재 상태

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 기왕력 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 특이 체질 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 고혈압 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 심장 질환 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 두약 사용 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 호흡기 질환 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 구체적 내용 : | <ul style="list-style-type: none"> 알레르기 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 당뇨병 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 출혈 소인 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 신장 질환 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 마약 사용 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 기도이식유무 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 |
|---|--|

■ 세부 내용 설명

| 설명항목 | 설명내용 |
|---|---|
| 1. 검사의 목적 및 효과(필요성, 장점) | <ul style="list-style-type: none"> 위(대장)내시경 검사는 인체 내부를 관찰할 수 있는 내시경 기계를 이용하여 위, 십이지장, 대장의 병변을 확인하기 위한 검사로서, 위(대장)내시경 검사 중 조금이라도 악성 변화가 의심되는 병변이 있을 경우 직접 병변 관찰하고 병변의 조직을 채취하여 악성 변화 등을 확인할 수 있는 장점이 있습니다. |
| 2. 검사 과정 및 방법 | <ul style="list-style-type: none"> 위(대장)내시경 검사는 입(항문)을 통하여 식도, 위, 및 십이지장(적출, 결장-결장 부위)까지 관찰하게 되며 환자의 상태에 따라 필요 시 조직검사 및 여러 가지 시술을 시행할 수 있습니다. 위(대장)내시경을 통한 조직검사는 내시경 검사를 받는 동안 위(대장) 내부에 병변이 관찰되는 경우, 내시경관 내부의 작은 통로를 통하여 조직검사를 위한 경자가 삽입된 후 직접 조직을 채취하는 과정을 거치게 됩니다. 이렇게 채취된 조직은 현미경을 통한 조직 확인을 통하여 병변의 정확한 진단을 하게 됩니다. |
| 3. 검사과정 중 발생할 수 있는 문제점 (대장염/검사중 병변 및 병변 제거 가능성) | <ul style="list-style-type: none"> 위(대장)내시경 검사는 일반적으로 안전한 검사이나 내시경 검사 이후 복부 통증이나 구역 구토와 같은 가벼운 부작용이 있을 수 있으며 이러한 경우 대부분에서 약간의 안정과 시간 경과로 호전을 보입니다. 또한 드물게 위장 출혈이나 천공, 사망과 같은 심각한 부작용이 발생할 수 있으며, 이러한 경우 의료진에 의해 적절한 치료를 시행하게 됩니다. 위(대장)내시경을 통한 조직검사는 병변에서 조직을 직접 채취하는 검사로서, 조직을 채취하는 과정에서 드물지만 조직검사 시행한 곳의 지속적인 출혈 또는 장막 손상, 심한 경우는 위(대장)천공이 발생할 수 있습니다. 지속적인 출혈이 있는 경우 조직 검사한 곳에 지혈제의 도포 또는 주입, 클립을 이용한 지혈을 시행할 수 있으며, 천공의 의심되는 경우에 클립을 이용한 봉합을 시행할 수 있습니다. 대부분의 경우 위와 같은 시술을 통하여 문제가 해결이 되지만, 시술 후에도 출혈이 지속되거나 천공이 의심되는 경우 위(대장)절제 등의 수술을 통한 치료가 필요할 수도 있습니다. |

| 설명항목 | 설명내용 |
|---------------------------|---|
| 4. 검사 후 발생 가능한 합병증 및 후유증 | <ul style="list-style-type: none"> 위(대장)내시경 검사 이후 발생하는 가장 많은 부작용으로 일시적인 복통 및 구역, 구토 등이 있을 수 있으나 대부분에서 한참만으로도 호전이 됩니다. 이외에 조직검사는 환자에게 통증을 유발하지 않고, 조직검사 후에 대부분의 환자는 합병증 또는 후유증 없는 상태로 유지되지만, 출혈이나 혈변이 지속되거나 심한 복통이 나타나는 경우 재검사를 통해서 치료를 시행할 수 있습니다. |
| 5. 검사 이외의 선택할 수 있는 다른 치료법 | <ul style="list-style-type: none"> 위(대장)내시경 검사 이외에 위장 병변이나 장 병변을 관찰하기 위하여 조영제를 이용한 위장조영촬영이나 바륨조영장조영, CT 검사 등을 통하여 검사를 시행할 수 있습니다. 그러나 만성병변으로 의심되는 병변이 관찰되는 경우, 조직 검사를 통하여 병변의 정확한 진단은 불가능하며, 내시경을 통한 조직 검사 이외에 병변의 조직을 얻을 수 있는 다른 검사방법은 현재로서는 없는 상태입니다. |
| 6. 실시하지 않을 경우 발생 가능한 결과 | <ul style="list-style-type: none"> 위(대장)내시경 및 이를 통한 조직검사는 여러 가지 병변 특히 암병변에 대하여 진단에 필수적인 검사로서 시행하지 않을 경우, 조기암 등의 진단이 늦어져 진행성 암으로 발전할 수 있는 가능성을 가지게 됩니다. |
| 7. 추가적인 손상 가능성 | <ul style="list-style-type: none"> 위(대장)내시경 중 병변을 발견하여 조직검사를 시행하는 경우 환자의 상태에 따라 추가적인 지혈술 등이 필요할 수 있습니다. 위내시경 검사의 경우 입을 통하여 검사를 시행하게 되어 검사 중 마우스피스를 물고 있게 됩니다. 이때 치아의 손상이 이미 있는 환자나 무의식적인 힘을 쓰는 경우 치아의 손상이 유발될 수도 있습니다. |

■ [검사 및 조직검사 동의] 본인은 검사 및 조직검사의 필요성, 내용, 예상되는 합병증과 후유증에 대하여 주치의로부터 설명을 들었으며, 검사를 통하여 정신적, 신체적 변화가 불가항력적으로 야기될 수 있음과 우발적인 사고의 발생 가능성에 대하여 충분히 이해합니다. 이러한 검사과정에 대한 의학적 판단을 주치의에게 위임할 것을 자발적으로 결정했으며 본 검사에 동의합니다.

■ [치아 손상 동의] 의사로부터 치아손상에 대하여 내시경 과정 중 불가피하게(각별히 주의와 보호를 했음에도 불구하고) 손상될 수 있는 경우 발생 가능성도 있음을 설명 들어 이해하며, 필요한 경우 내시경 후에 별도의 치료 조치를 자비로 받을 수 있음에 동의합니다.

☐ Exam done
 유학

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

☐ 흔들리는 치아 ☐ 금이 간 치아 ☐ 모래시계모양 치아 ☐ 잘려 나간 치아
☐ 뿌리단 남은 치아 ☐ 부분의치 ☐ 총 의치 ☐ 기타

■ [지혈술 동의] 본인은 검사의 필요성, 내용, 예상되는 합병증과 후유증에 대하여 주치의로부터 설명을 들었으며, 이러한 검사과정에 대한 의학적 판단을 주치의에게 위임할 것을 자발적으로 결정했으며 본 검사에 동의합니다.

■ [비급여 동의] 본인은 검사의 필요성 및 이에 필요한 기구의 사용에서 불가항력적으로 비급여 항목 사용이 요구될 수 있음을 설명 들었고 이에 동의합니다.

■ [병리조직검사 동의] 본인은 본 수(시)술로 얻어진 병리조직 검체의 정확한 진단을 위하여 특수염색, 면역조직화학검사, 분자병리검사 및 전자현미경검사 등 추가적인 검사가 필요할 수 있음을 설명 들었으며, 보다 정확한 진단을 위해 시행한 추가 검사비의 수납이 부득이한 경우 되면 이후에 이루어질 수 있음을 이해하였습니다. 이러한 제반 병리조직 검사비의 지불에 동의합니다.

나(대리인)는 나(환자)의 상태, 검사의 목적 및 효과(필요성, 긍정 및 부정), 검사의 과정 및 방법, 검사 과정 중 발생할 수 있는 문제점(대처방법, 방법 변경 및 범위 추가 가능성), 검사 후 발생 가능한 합병증 및 후유증, 검사 이외의 선택할 수 있는 다른 치료법, 실시하지 않을 경우 발생 가능한 결과 등 검사의 위험과 이익에 대하여 충분히 설명을 들었으며, 본 검사로 인해 생길 수 있는 불가항력적인 합병증과 우발적 사고의 가능성에 대해 충분히 이해하였습니다. 이에 따라 나(대리인)는 본 검사를 시행하는데 동의합니다.

2019년 5월 4일 (수)

| | | | |
|------------|---|--|--|
| 환자성명 | 송현수 (서명) | | |
| 보호자 또는 대리인 | 환자 본인이 서명할 수 없는 경우 해당란에 V 표시하여 주시기 바랍니다. | | |
| | <input type="checkbox"/> 미성년자로서 법정 내용에 대하여 이해하지 못함(미법정 19세 미만) <input type="checkbox"/> 환자측 신체·정신적 장애로 인하여 약용 내용에 대하여 이해하지 못함 <input type="checkbox"/> 동의서에 포함된 내용을 설명했을 시 환자의 심신에 중대한 영향을 미칠 것이 우려되는 경우 <input type="checkbox"/> 환자 본인이나 손·발에 관한 권한을 특정인에게 위임함 (이 경우 별도의 위임장을 본 동의서에 첨부하여야 합니다.) <input type="checkbox"/> 기타: | | |
| | * 보호자 또는 대리인 신원확인을 위해 아래 개인정보를 수집하는데 동의합니다. | | |
| | 생년월일 / 성별 | | |
| | 전화 / 휴대 폰 | | |
| | 주소 | | |
| 관계 / 성명 | / (서명) | | |

가천대길병원장 귀하



(식도내압 검사) 동의서

| | |
|---|---|
| 등록번호 : 34855823 | 진단명 : Gastro-oesophageal reflux disease without |
| 성명 : 송현준 | 진료과/담당교수 : GI/김경오 |
| 성별 / 연령 : F/52세 | 설명 의사 : 김경오 김경오 |
| 주민등록번호 : 650108-2231113 | 협진 의사 : (서명) |
| 방문 / 병실 : / OM | 시행 예정일 : 2017년 6월 13일 |
| 불충만화술(100/100 본인부담) <input type="checkbox"/> 동의함 (<input type="checkbox"/> 1일 <input type="checkbox"/> 2일) <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | |

■ 환자의 기왕력 및 현재 상태

- | | |
|---|--|
| • 기왕력 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 | • 알레르기 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 |
| • 특이체질 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 | • 당뇨병 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 |
| • 고·저혈압 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 | • 출혈소인 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 |
| • 심장질환 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 | • 신장질환 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 |
| • 투약사고 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 | • 마약사고 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 |
| • 호흡기질환 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 | • 기도이상유무 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 |
| • 구체적내용 : | |

■ 세부 내용 설명

| 설명항목 | |
|---|--|
| 1. 수술(시술)의 목적 및 효과 (필요성, 장점) | <ul style="list-style-type: none"> • 식도의 운동 및 식도 괄약근의 기능을 검사하는 것으로 식도유동이상을 진단하기 위한 가장 중요한 검사입니다. • 횡위정관 내시경상 이상 소견이 없는 연하곤란과 심장에서 발생하지 않은 흉통의 원인을 규명하기 위한 유용한 검사입니다. |
| 2. 수술(시술)의 과정 및 방법 | <ul style="list-style-type: none"> • 검사는 비강을 마취한 후 코를 통해 가는 관을 삽입하여 식도의 내압을 측정하게 됩니다. • 검사 도중에는 숨상에 따라 다소 불편감을 느낄 수도 있습니다. • 검사 전 8시간 이상 금식, 금주, 금연 해야하며, 식도 운동에 영향을 줄 수 있는 약물은 48시간 전에 중단해야 합니다. |
| 3. 수술(시술)과정 중 발생할 수 있는 문제점 (대처방법/방법 변경 및 범위 추가 가능성) | <ul style="list-style-type: none"> • 흉통 • 출혈: 비강, 구강내 출혈 • 심장질환,비강질환(출혈성 코피가 자주 나는 분, 최근에 큰 수술을 받으신 분)이나 구강 질환이 있으신 분, 출혈 경향이 있는 혈액질환, 알레르기 질환이 있으신 분은 검사전 반드시 말씀해 주셔야 합니다. |
| 4. 수술(시술) 후 발생 가능한 합병증 및 후유증 | <ul style="list-style-type: none"> • 검사 중 먹은 물로 인해 속이 너무 복 잡 수 있으나 곧 사라집니다. • 검사 후 목이 붓거나 코나 입에서 피가 약간 나올 수 있으나 곧 사라집니다. • 계속해서 목이 붓거나 피가 나면 소화관 운동 검사실로 연락 주시면 됩니다. |

| 설명항목 | 설명내용 |
|-------------------------------|--|
| 5. 수술(시술) 이외의 선택할 수 있는 다른 치료법 | • 식도 내암 검사는 식도부동여상을 진단하기 위한 가장 중요한 검사 방법으로 이를 대체할 수 있는 다른 검사 방법은 없습니다. |
| 6. 실시하지 않을 경우 발생 가능한 결과 | • 상부 위장관 내시경상 이상 소견이 없는 연하근력과 심장에서 발생하지 않은 흉통의 원인을 규명하기 어렵습니다. |


■ [수술(시술) 동의] 본인을 수술(시술)의 필요성, 내용, 예상되는 합병증과 후유증에 대하여 주치의로부터 설명을 들었으며, 수술(시술)을 통하여 정신적, 신체적 변화가 불가항력적으로 야기될 수 있으며 우발적인 사고의 발생 가능성에 대하여 충분히 이해합니다. 이러한 수술(시술)과정에 대한 의학적 판단을 주치의에게 위임할 것을 자발적으로 결정했으며 본 수술(시술)에 동의합니다.

■ [국소마취 동의] 국소마취 시행 목적은 수술(시술) 중 환자의 불편감을 감소시키고 통증을 최소화시켜 안전하게 수술(시술)을 시행 받을 수 있도록 하기 위함입니다. 환자의 신체적 상황과 수술(시술)방법 그리고 안전을 고려하여 적절한 마취방법을 선택할 것으로 이해하며, 경우에 따라 마취계획이 변경될 가능성에 대해 충분한 설명을 들었으며 이에 동의합니다.

■ [비급여 동의] 본인을 검사의 필요성 및 이에 필요한 기구의 사용에서 불가항력적으로 비급여 항목 사용이 요구될 수 있음을 설명 들었고 이에 동의합니다.

나(대리인)는 나(환자)의 상태, 수술(시술)의 목적 및 효과(필요성, 긍정 및 단점), 수술(시술)의 과정 및 방법, 수술(시술)과정 중 발생할 수 있는 문제점(대처방법, 방법 변경 및 범위 추가 가능성), 수술(시술) 후 발생 가능한 합병증 및 후유증, 수술(시술) 이외의 선택할 수 있는 다른 치료법, 실시하지 않을 경우 발생 가능한 결과와 마취의 위험과 이익에 대하여 충분히 설명을 들었으며, 본 수술(시술)로 인해 생길 수 있는 불가항력적인 합병증과 우발적 사고의 가능성에 대해 충분히 이해하였습니다. 이에 따라 나(대리인)는 본 수술(시술)을 시행하는데 동의합니다.

2017년 5월 31일 9시

| | | |
|------------|--|--|
| 환자 | 성명 | 송현순 (서명)  |
| 보호자 또는 대리인 | 환자 본인이 서명할 수 없는 경우 해당 란에 V 표시하여 주시기 바랍니다. | |
| | <input type="checkbox"/> 이전까지로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함(이해당사 18세 미만) <input type="checkbox"/> 환자의 신체·정신적 상태에 의하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함 <input type="checkbox"/> 동의서에 포함된 내용을 설명했을 시 환자의 심신에 중대한 영향을 미칠 것이 우려되는 경우 <input type="checkbox"/> 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 (이 경우 별도의 위임장 등 동의서에 첨부하여야 합니다.) 기타: | |
| | * 보호자 또는 대리인 신원확인을 위해 아래 개인정보를 수집하는데 동의합니다. | |
| | 생년월일 / 성별 | |
| | 전화 / 휴대폰 | |
| 주 소 | | |
| 관계 / 성명 | / (서명) | |

가천대 길병원장 귀하

