

이름	김태범
등록번호	[REDACTED]
성별/나이	남 / 27/9
주민번호	[REDACTED]

- ☒ 수술
☐ 시술
☐ 검사
☐ 마취
☐ 의식하진정

동의서



진단명	[REDACTED]	시행예정일	[REDACTED]
담당의	[REDACTED]		

1. 수술(또는 시술) 및 검사 설명

(** 표시는 필수 기재 사항입니다.)

(1) 수술(시술/검사)의 목적 및 필요성 **

목표: 다발성 내지 외적의 목종
 (수술) 목종 제거
 (시술) 목종 제거

(2) 수술(시술/검사) 방법 **

크로마키 - 탐색 - 개관술 시행
 (크로마키로 개관 가능함)
 → 그 외의 개수술 (관리선 안정성)

(3) 수술(시술/검사) 과정 및 후에 발생할 수 있는 문제점 및 합병증 **

크로마키로 탐색에 제한
 치료 가능한 병의 제한
 크로마키로 개수술을 해야 하는 상황
 (수술) 목종 제거
 (시술) 목종 제거
 (검사) 목종 제거
 (마취) 목종 제거
 (의식하진정) 목종 제거
 (관리선 안정성) 목종 제거

(4) 수술(시술/검사) 이외의 시행 가능한 다른 치료 방법 **

X (크로마키)

(5) 수술(시술/검사)을 하지 않는 경우의 예후 **

(수술) 목종 제거
 (시술) 목종 제거
 (검사) 목종 제거

2. 마취 설명 ☐ 해당 없음

(1) 현 환자 상태에 적합한 마취 방법**

- ☒ 전신 마취 ☐ 부위 마취 (척추 마취, 경막외 마취, 장막전막하-차단)
☒ 국소 마취(마취)부위: 하악 ☐ 기타 ()

(2) 발현 가능한 부작용(후유증)의 내용, 정도 및 대처 방법

무기폐, 폐렴 등의 호흡기계 부작용
 혈압 저하, 쇼크 등의 심혈관계 부작용, 약물 과민 반응
 간기능 손상, 신기능 부전, 마비, 뇌 손상, 사망
 전신 마취의 경우 성대, 치아, 눈에 경증의 불편감 내지 손상을 줄수 있음.

척추나 경막외 마취시 두통과 요통이 유발될 수 있음.
 신경 차단 등의 부위 마취시-신경 손상의 가능성.
 이외, 예기치 못한 복이 반응

→마취과 의사가 옆에서 지속적으로 관찰하며, 이상 증상 발생시 약제와 장비등으로 적극적인 대처를 합니다..

(3) 마취 방법의 변경 가능성 : 수술 준비 중 환자의 상태에 따라 부득이하게 마취 방법이 변경될 수 있습니다.

(4) 기타 사항

3. 의식하 진정(Moderate Sedation) 설명 ☐ 해당 없음

(1) 의식하 진정의 목적 및 효과 : 진정제를 투여하여 환자를 어느 정도 진정 상태에 도달하게 한 후 검사(또는 시술)를 함으로써 검사(또는 시술)에 따르는 불편한 경감시켜주는 효과가 있습니다.

(2) 발현 가능한 합병증(후유증)의 내용, 정도 및 대처방법

호흡 곤란 및 저산소증과 같은 호흡기계 합병증, 맥박이 빨라지는 등의 심혈관계 합병증, 낙상 등이 발생할 수 있으나 대개는 특별한 조치 없이 좋아집니다. 그러나 드물지만 호흡과 심장이 정지되어 생명이 위협받는 경우가 발생하기도 하며 과민 반응에 의한 응급 조치가 필요한 경우도 있습니다.

(3) 의식하 진정시 주의 사항 : 안정이 필요하며 검사 당일에는 운전을 하지 말아야 하고 중요한 약속이나 업무는 피해야 합니다.

(4) 기타 사항

** 환자의 현재 상태 (검사결과 및 환자의 고지에 따라 유/무/미상 ☒)

고/저혈압	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	약물 중독	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상
심장병	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	호흡기질환	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상
알레르기	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	출혈 소인	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상
특이 체질	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	약물 사고	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상
당뇨병	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	기타			

- 본인(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식하 진정)의 목적 및 효과, 과정 및 방법, 과정 중 발생할 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.
- 본 수술(시술, 검사, 마취, 의식하 진정)로서 불가항력으로 야기 될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이 체질로 유발적 사고가 일어날 수도 있다는 것을 충분히 이해하였습니다.
- 안전한 수술을 위한 수술 부위 표시의 필요성에 대한 설명을 들었으며 이에 동의합니다.
- 따라서 수술(시술, 검사, 마취, 의식하 진정)에 적극적으로 협력할 것을 서명으로 서약하며 '환자의 현재 상태'에 대해 성실히 고지하며 이에 따른 의학적 처리를 담당의 판단에 위임하여 수술(시술, 검사, 마취, 의식하 진정)을 하는데 동의합니다.
- 적출된 조직은 대부분 조직검사에 이용되며, 그 나머지 부분은 관련 법규에 따라 병원에서 폐기 처리 합니다. 폐기될 조직의 일부는 질병 연구 목적으로 사용될 수도 있다는 것에 동의합니다
- 본인(또는 환자)은 수술 중 예정된 수술에 변동사항이 생길 경우 보호자에게 설명할 수 있음을 충분히 이해하였습니다.
- 본 동의서에 대해 충분히 설명을 들었으며, 본인의 자발적인 이해에 근거하여 이 동의서에 서명합니다.

** (귀하가 상세한 설명을 들었다면 "들었다" 라고 자필로 써 주십시오.)

**환자명 김태범 (서명 또는 날인)

☒ 환자가 서명할 수 없는 경우

**대리인 (환자의 부인)

**주민등록번호 :

연락처 :

** 대리인이 서명하게 된 사유 ☒

- ☒ 환자의 신체, 정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못한
☒ 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못한
☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함
☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함(위임장 첨부)
☐ 기타 :

** 2012년 06월 25일 11시 36분

** 담당의사(설명 의사) 김태범 (서명 또는 날인)

* 의사의 상세한 설명은 이면지 또는 별지를 사용할 수 있으며, 환자(또는 대리인)가 본 동의서 사본을 원하는 경우 이를 교부합니다.

* 수술(또는 시술)후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가 비용을 지불할 수 있습니다.

충북대학교병원장 귀하