

등록번호: [] 성별/나이: []
 환자성명: [] 병실/과: ER
 주민번호: []*****

동의서

[CT 검사]

병명(진단명): H. tb

검사명: CT 검사 회색부분은 필수항목입니다!

시행예정일: 08 년 1월 24 일

주치의 1: [] 전문의 (전문과목 ER) ☒ 일반의 (진료과목)

주치의 2: ☐ 전문의 (전문과목) ☐ 일반의 (진료과목)

통증조절기 사용여부: ☐ 신형 (본인부담사용 동의서 작성 필수) ☐ 미신청

이 설명 내용은 시술·검사에 대한 좀 더 정확한 정보를 제공하여, 귀하나 보호자가 시술·검사의 시행 여부를 결정할 수 있도록 하기 위한 것입니다.

의료 행위의 위험성 정도에 따라 일부 의료행위에 대한 담당 의사의 지도·감독하에 훈련된 의료진이 환자에게 내용을 설명할 수 있습니다. 확인 1 ☐

설명 내용 중 이해되지 않는 부분이 있거나, 환자 또는 보호자가 담당 의사의 설명을 원할 경우 요청할 수 있습니다. 확인 2 ☐

1. 환자의 현재상태

- | | |
|-------------------|--|
| - 과거병력(질병, 상해전력): | - 알레르기: |
| - 고혈압/ 당뇨: | - 마약사고: |
| - 복용약물: | - 기도이상 유무: <input type="radio"/> (-) <input type="radio"/> (+) |
| - 심장질환(심근경색증 등): | - 출혈소인: |
| - 신장질환(부종등): | - 호흡기 질환: |
| - 기타: | |

2. 검사의 목적 및 효과

X - 선을 이용한 단층 촬영술로 인체내 구조를 단층 X - 선 촬영보다 정확하게 보여주므로 이상유무의 판별 및 병변 파악에 높은 진단적 가치를 지닌 검사입니다.

3. 검사과정 및 방법

- 1) 검사 전 일정시간(복부검사:8시간, 흉부검사:6시간, 소아 8세 이하:4시간)동안 금식 하여야 합니다.
환자분께서 정기적으로 드시는 고혈압 약은 드셔도 됩니다.
* 당뇨약: 메포민제제 당뇨약(다이아백스 정, 글루코파지 정 등)을 복용하시는 환자 중 조영제를 사용해서 CT검사를 하는 경우 검사당일과 검사 전, 후 48시간 동안은 메포민제제 당뇨약 복용을 금지합니다.
- 2) 복부검사는 예약시간(1시간 전)부터 물 1L를 드셔야 합니다.(단, 우유제품은 안됩니다.)
- 3) 전산화 단층 촬영기기에 부착된 침대에 누고 그 다음부터는 촬영 담당자의 지시에 따르시면 됩니다.
- 4) 소아나 환자의 상태에 따라 수면제 또는 진정제를 투여할 수 있습니다.
- 5) 촬영 시 필요에 따라 안내방송의 지시에 맞게 호흡을 잡아야 할 수도 있습니다.
- 6) 검사시 필요에 따라 효과적인 진단을 위하여 주사약(조영제)을 사용하게 됩니다. 이 때 조영제 투여를 위해 정맥혈관주사를 합니다.

4. 검사 이외의 시행 가능한 다른 치료 방법, 검사 방법의 변경 또는 검사 범위 추가 가능성

☒ 있음

회색부분은 필수항목입니다!

☐ 대안 검사/치료법 _____

5. 주치의(집도의) 변경 가능성 회색부분은 필수항목입니다!

수술(시술·검사)과정에서 환자의 상태 또는 의료기관의 사정(응급환자의 진료, 주치의(집도의)의 질병·출산 등
 일신상 사유, 기타 기타변경 사유 : _____)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 변경
 이 요구되는 경우에는 이에 따른 수술의 시행 후에 지체없이 구체적인 집도의의 변경 사유 및 수술의 시행결과를
 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.

6. 검사과정 중 발생 할 수 있는 문제점 및 금기사항

- 1) 임신부는 태아의 방사선 피폭에 따른 영향이 있을 수 있으므로 절대 금기 대상이 됩니다.
- 2) 환자의 상태에 따라 검사를 시행 하지 못하거나 움직임, 금속성 이물질 등에 의해 불충분한 검사가 될 수 있습
 니다.
- 3) 이전 방사선 검사 시 조영제 사용으로 부작용이 있었던 경우나 신장이상이 있는 경우 조영제 사용 금기의 이유
 가 되고, 불가피한 경우 조심스럽게 사용할 수 있습니다.

7. 조영제 주입 후 부작용

조영제 주입시 약관의 문영감 외에 환자의 상태에 따라 드물게 부작용이 발생할 수 있으며 부작용의 정도는 보통
 경미한 증상으로 오심, 구토, 두드러기, 가려움, 얼굴 붉어짐, 기침, 반점 등이 있으나 대개는 간단한 조치 후에
 증상이 사라집니다. 그러나 드물게는 과민성 반응이 나타났고 신속한 치료를 받아야 할 경우도 있습니다.

조영제는 전송주입기계를 통해 혈관으로 주입됩니다. 이때 혈관이 손상되어 조영제가 혈관 밖으로 유출될 수 있
 으며 이로 인해 통증, 부종, 수포, 피부변색이 생길 수 있고 심할 경우 피부 이식이 필요할 수도 있습니다.

저희 병원에서는 만일의 부작용에 대한 의료진의 신속한 대처와 응급 처치의 준비가 갖추어져 있으나 만일의 경우
 를 대비하여 검사 전에 아래와 같은 환자의 증상을 담당 선생님에게 알려주시면 감사하겠습니다.

- 1) 과거에 조영제 또는 항생제(페니실린, 아피실린 등) 등의 약물 부작용을 경험하셨던 분은 미리 알려주십시오.

1) 약물 종류 : (Y) , (N)

2) 증상 :

- 2) 아래 질환에 해당되는 사항에 표시하여 주십시오.

콩팥기능상실()	부정맥()	고혈압()	백이제침()
-----------	--------	--------	---------

천식()	알레르기()	감상선병()
-------	---------	---------

나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

- ① 나(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 목적·효과·과정·예상되는 합병증·추위증 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 데 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.

2018 년 11 월 24 일 16 시 02 분

서명 2

환 자 명 : 성명 : [redacted] (서명) [redacted]
 집 전 화 : [redacted] 휴대전화 : [redacted]
 주 소 : [redacted]
 회색부분은 필수항목입니다!
 대 리 인(환자의) : 성명 : [redacted] (서명)
 주민등록상의 생년월일 : [redacted]
 집 전 화 : [redacted] 휴대전화 : [redacted]
 주 소 : [redacted]

2018 년 11 월 24 일 16 시 02 분

서명 3

☐ 설명의료진 : [redacted] 회색부분은 필수항목입니다! (서명)
☐ 의 사 : [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 (□ 위임장 첨부)
☐ 기타 [redacted]

등록번호: [REDACTED] 성별/나이: [REDACTED]
 환자성명: [REDACTED] 병실/과: ER
 주민번호: [REDACTED] *****

동 의 서

[의식하 진정 기관지 내시경시술]

병명(진단명): No. 7b
 검사명: 의식하 진정 기관지 내시경시술
 시행예정일: 18 년 11 월 24 일
 시술 집도의 1: ☐ 전문의(전문과목:) , ☐ 일반의(진료과목:)
 시술 집도의 2: ☐ 전문의(전문과목:) , ☐ 일반의(진료과목:)

이 설명 내용은 시술·검사에 대한 좀 더 정확한 정보를 제공하여, 귀하나 보호자가 시술·검사의 시행 여부를 결정할 수 있도록 하기 위한 것입니다.

의료 행위의 위험성 정도에 따라 일부 의료행위에 대한 담당 의사의 지도·감독하에 훈련된 의료진이 환자에게 내용을 설명할 수 있습니다.

확인 1 ☐

설명 내용 중 이해되지 않는 부분이 있거나, 환자 또는 보호자가 담당 의사의 설명을 원할 경우 요청할 수 있습니다.

확인 2 ☐

1. 환자의 현재상태

- | | |
|-------------------|--|
| - 과거병력(질병, 상해전력): | - 알레르기: |
| - 고혈압/ 당뇨: | - 마약사고: |
| - 복용약물: | - 기도여상 유무: <input type="radio"/> (-) <input type="radio"/> (+) |
| - 심장질환(심근경색증 등): | - 출혈소인: |
| - 신장질환(부종등): | - 호흡기 질환: |
| - 기타: | |

Tuberculosis nod. destroyed you lung
So you must have surgery

2. 시술의 목적 및 방법

★ 의식하 진정의 목적 및 효과

진통제 및 의식하 진정 작용이 있는 진정제를 투여 하여 가수면 상태(순간적으로 몽롱한 상태)를 유지한 상태로 시술을 시행합니다. 시술도중 진정상태에 따라 추가 투여가 가능하며 완전한 의식하 진정을 유도하는 것은 아니고 지시에 따를수 있는 정도의 의식은 있을 수 있습니다.

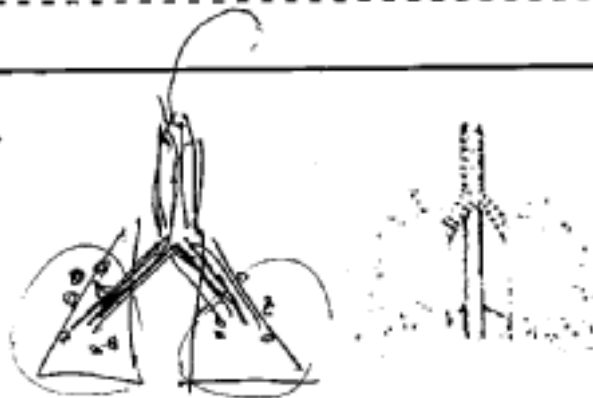
일부 환자는 충분한 의식하 진정 약제를 사용 하더라도 의식하 진정 유도가 되지 않는 경우도 있습니다.

★ 시술의 목적

폐에 질병이 생겨 진단을 하기 위해서는 병이 생긴 곳으로 가까이 가서 병변을 관찰하고 조직도 얻어야 합니다. 예를 들어 가슴 사진에서 폐암이 의심 된다고 할 때 가슴 사진만으로 폐암을 진단할 수가 없습니다. 이 경우 기관지 내시경으로 폐암이 생긴 부위에서 조직검사를 하여 폐암으로 진단할 수가 있습니다. 기관지내시경술은 폐질환을 진단하기 위한 기본적인 검사의 하나로서 그 영역과 유용성이 점차 넓어가고 있습니다.

다음과 같은 경우 기관지내시경술을 시행합니다.

- 1) 폐암의 진단 및 병기 결정
- 2) 객혈
- 3) 기도폐쇄의 진단
- 4) 간질성 폐질환에서의 진단 및 예후 판정
- 5) 만성 기침의 진단
- 6) 기타 폐질환의 진단
- 7) 치료 내시경



* 시술의 방법

검사 전날 저녁 식사 이후부터 금식이 필요합니다. 검사 전 대부분 주사를 두 개 맞게 되는데 이는 진정 작용과 함께 검사를 안전하고 편안하게 시행하기 위한 약제들입니다.

검사실에 오시면 분무기로 국소 마취제를 입안에 뿌려 국소 마취를 하게 됩니다. 이 단계가 시술을 편안하게 시행하는데 매우 중요합니다. 이렇게 입안과 후두가 국소 마취가 되면 기관지 내시경이 목안으로 들어가도 구토와 같은 증상이 나타나지 않고 기관지 내시경이 기관지 안으로 들어가도 기침이 나오지 않습니다.

검사 도중에는 산소를 투여하고 필요한 경우 심전도, 산소포화도, 혈압, 맥박등을 관찰하여 이상이 발생하는 것을 조기에 발견하여 적절한 조치를 취하게 됩니다.

3. 시술부위 표시 동의여부 ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음(환자인식팔찌 기록) ☒ 해당없음

4. 시술부위 표시 시술 부위 []

좌/우 구분 [오른쪽 () / 왼쪽 ()]

서명 1

정확한 환자와 시술부위확인을 위해 위 3번, 4번 문항의 필요성에 대하여 설명을 들었으며 충분히 이해하였습니다. 이에 표시 또는 환자인식팔찌 기록을 동의합니다. 환자 또는 보호자 : 성명 : (서명)

5. 시술 이외의 시행 가능한 다른 치료 방법, 시술·검사 방법의 변경 또는 시술범위 추가 가능성, 마취방법 변경 가능성

☐ 없음

☐ 대안 검사/치료법

6. 주치의(집도의) 변경 가능성

수술(시술·검사)과정에서 환자의 상태 또는 의료기관의 사정(응급환자의 진료, 주치의(집도의)의 질병·출산 등 일신상 사유, 기타 기타변경 사유 :)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 수술의 시행 후에 지체없이 구체적인 집도의의 변경 사유 및 수술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.

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 데 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.

2018 년 11 월 24 일 19 시 53 분

서명 3

환자명 : 성명 : [redacted] (서명) [redacted]
 집전화 : [redacted] 휴대전화 : [redacted]
 주소 : [redacted]
 대리인(환자의) : 성명 : [redacted] (서명)
 주민등록상의 생년월일 : [redacted]
 집전화 : [redacted] 휴대전화 : [redacted]
 주소 : [redacted]

2018 년 11 월 24 일 19 시 53 분

서명 4

☐ 설명의뢰진 : [redacted] (서명) [redacted]
☐ 의 사 : [redacted] [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 (☐ 위임장 첨부)
- ☐ 기타 [redacted]