

항암화학요법 치료 동의서

등록번호		진료과	
환자명		진료의사	
주민등록번호		병실정보	
진단명			
항암치료명		항암치료예정일	2011. 4. 14

1. 환자 상태 정보

기용력	<input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 저혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 알레르기 <input type="checkbox"/> 특이소견 없음 <input type="checkbox"/> 항암화학요법 초치료(사유:) <input type="checkbox"/> 항암화학요법 변경(사유:) ->변경 시 전 항암화학요법 반응평가 <input type="checkbox"/> 완전반응 <input type="checkbox"/> 부분반응 <input type="checkbox"/> 안정상태 <input type="checkbox"/> 진행상태 <input type="checkbox"/> 특이체질 _____ <input type="checkbox"/> 출혈소인 _____ <input type="checkbox"/> 투약사고 _____ <input type="checkbox"/> 기타 _____
-----	--

<질환정보, 환자의 상태 및 특이사항>

2. 항암화학요법 치료의 목적 및 필요성

- 1) 수술이나 방사선 치료 등을 이용하여 국소적인 병변(病便 : 병이 난 부위)의 치료 후 남아있을 수 있는 암세포에 의한 재발을 방지하기 위함이다
- 2) 수술이나 방사선 치료 전에 화학 요법을 시도하여 암 병변을 국소화 시키기 위해 시행한다
- 3) 암의 종류가 약물에 아주 민감하여 약물 치료만으로 큰 효과를 얻을 수 있는 경우에 시행한다
- 4) 수술이나 방사선 치료가 불가능한 경우 보조적인 치료를 위해서 위와 같이 화학 요법은 각각의 다른 목적으로 시행된다.

3. 항암화학요법 치료의 방법

- 1) 정제 또는 캡슐 형태의 약을 경구로 투여하는 방법
- 2) 주사제를 피하, 근육, 정맥 등으로 투여하는 방법
- 3) 그 외에도 특수하게 동맥, 척수강, 복강 내로 주사제를 투여하는 방법 등이 있습니다.
 이 중 정맥을 통한 주사제 투여가 가장 많이 이용되며, 약이 투여되는데 걸리는 시간은 몇 분에서 몇 주까지 다양합니다. 치료 주기는 환자 개인마다 차이가 있을 수 있으며, 주1회, 월1~2회 또는 수 일에서 수 주간의 규칙적인 간격을 두고 진행됩니다. 치료 주기와 치료 기간은 암의 종류, 치료의 목적, 사용되는 약제, 치료에 대한 반응 정도에 따라 결정됩니다. 따라서 담당의사는 암의 종류, 위치, 진행 속도, 환자의 신체에 미치는 영향 및 전신 상태 등을 고려하여 가장 효과적인 치료 계획을 결정합니다.

4. 항암화학요법 치료 과정 혹은 회복과 관련된 발생 가능한 문제점

<투여되는 항암제>

()+()+()+()

항암제 치료 시 항암제가 지니는 특수성으로 부작용이 나타날 수 있으며 부작용의 정도와 종류는

환자에 따라 차이가 있습니다. 대부분의 환자에게는 경미한 증상만 나타나고 대부분 회복되나 드물게는 심한 부작용으로 별도의 치료가 필요 할 수 있습니다

대표적인 부작용으로는 오심 구토, 식욕부진, 구내염, 설사, 골수 기능 억제(감염, 출혈, 빈혈), 불임/생리불순, 과민반응, 피부 색소 침착, 말초 신경염, 신장 간 심장 등의 장기에 대한 독성, 피부괴사 등이 있습니다.

특징적인 부작용으로는 _____
있습니다.

5. 대안 치료법 & 항암화학요법 치료를 하지 않았을 경우 발생 가능한 문제

대안치료법 ☒ 없음 ☐ 있음

<항암화학요법 치료를 하지 않았을 경우 발생 가능한 문제>

병의 진행과 그에 따른 합병증 등이 빠르게 나타나며 좀 더 심하게 나타날 수 있습니다.

설명 의사 _____ (서명)

본인()은 본인(또는 상가 환자)에게 행하여질 항암화학요법 치료의 필요성 및 내용, 예상되는 합병증과 후유증에 대한 자세한 설명을 들었습니다. -----

확인함 ☒

본인은 불가항력적으로 야기될 수도 있는 합병증 또는 환자의 특이한 체질로 우발적인 사고가 일어날 수도 있다는 것을 충분히 이해하였습니다. -----

확인함 ☐

본인은 뜻하지 않은 결과가 발생할 때 이의를 제기하지 않을 것과 행하여질 모든 행위에 협력할 것을 서약하고 위의 사항을 고지하여 이에 따른 의학적 처리를 위임하여 항암화학요법 치료에 동의합니다.

20 11 년 4 월 13 일

본자

주민등록 번호	이름	서명
---------	----	----

보호자 또는 대리인

주민등록 번호	이름	서명
환자와의 관계		

대리인이 서명하게 된 사유 [근거 : 공정거래위원회 수술동의서 표준 약관 개정(2009. 12)]

- ☐ 환자의 신체, 정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
- ☐ 미성년자(20세 미만)로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
- ☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함
- ☐ 기타 _____