



신경중재 치료/시술 동의서 (혈관재개통술)

등록번호: [REDACTED]

성별/나이: F/63

성명: [REDACTED]

주민등록번호: 560226-23*****

- 혈전제거술 도중 일부 혈전이 작은 조각이 되어 다른 혈관으로 이동할 수 있습니다. 이 경우 또 다른 부위의 뇌경색을 유발할 수 있어, 추가로 혈전제거술이 필요합니다. 다만 미세도관이 도달하지 못하는 곳까지 혈전이 이동한 경우에는 추가 혈전제거술을 시행할 수 없고, 이 경우 또 다른 증상이 발생할 수도 있습니다.
- 천자 부위에 출혈 및 감염이 생길 수 있습니다. 소량의 피하 출혈은 멍이 들거나 약간의 부종으로 나타나지만 심한 출혈인 경우는 주변에 혈종이 고여 지혈을 위한 추가적인 압박이나 시술이 필요할 수 있습니다.
- 시술 도중 혈전제거 후에도 혈관이 좁아져 있는 경우에는 스텐트를 삽입한 상태로 시술을 마칠 수 있으며, 이러한 경우 혈전의 추가 발생을 막기 위해 항응고제를 사용해야만 합니다. 다만 드물게 항응고제의 사용으로 인해 뇌경색이 발생한 부위에 뇌출혈이 발생할 가능성이 있습니다.
- 시술 도중 기계적 혈전제거 이후 혈관재개통술의 효과를 높이기 위해 전용해 및 혈관확장 약물을 사용할 수 있으며, 이 경우 약물에 의한 부작용 (혈압저하, 뇌출혈 등)이 발생할 수 있습니다. 시술 도중 환자의 생체징후는 지속적으로 감시하고 있으며, 이에 따른 적절한 조치를 취하게 됩니다.

2) 조영제 관련

- 조영제 주입과 관련하여 주입 부위나 전신이 화끈거림을 느낄 수 있습니다.
- 때때로 구역 또는 구토 증세가 있을 수 있습니다.
- 가려움증, 두드러기, 홍반, 발진, 호흡 곤란, 혈관 부종 등의 과민반응이 나타날 수 있으며, 드물게 두통, 어지러움, 발작, 일시적 운동 장애, 감각 이상 등의 신경증상이 있을 수 있습니다.
- 매우 드물게 폐 부종, 속, 신부전증, 부정맥, 심장 마비, 의식 소실, 사망 등의 심한 부작용이 유발될 수 있습니다.
- 저희 병원에서는 부작용에 대한 응급 처치의 준비가 갖추고 있으나 만일의 경우를 대비하여 검사 전 과거 조영제 부작용을 경험하신 적이 있는 경우, 특정 약물 알레르기가 있는 경우, 기타 신체 질병이 있는 경우 담당 선생님에게 반드시 알려 주셔야 합니다.

(5) 시술(검사) 이외의 시행 가능한 다른 치료 방법 **

정맥으로 혈전용해제를 사용하여 혈관재개통이 될 수도 있으나, 최근의 결과로는 신경중재 시술을 통한 혈전제거술이 정맥 혈전제거술만 시행하는 것보다 우수한 성적이 보고되어 있습니다. 또한 수술적 접근방법은 현재로서는 가능하지 않습니다.

(6) 시술(검사)를 하지 않는 경우의 예후 **

급성기에 혈관재개통이 이루어지지 않으면, 현재 폐색된 부위가 담당하고 있는 뇌 부위의 뇌경색은 그 범위가 커질 가능성이 큼니다. 또한 뇌경색에 따른 증상도 악화될 가능성이 크며, 심하면 사망에 이르게 될 수 있습니다.

(7) 시술(검사) 방법의 변경 또는 시술(검사) 범위의 추가 가능성 **

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

(8) 주치의(집도의)의 변경 가능성 **

시술(검사) 전 또는 시술(검사) 과정에서 환자의 상태 또는 병원 사정 (응급환자의 진료, 주치의 (집도의)의 질병·출산 등 일신상 사유, 기타)에 따라 부득이하게 주치의(집도의)가 변경될 수 있습니다.

** 시술(검사) 전 또는 시술(검사) 과정에서 주치의(집도의)가 바뀌었을 경우 주치의(집도의) 변경 동의서를 추가로 받아야 합니다.



신경중재 치료/시술 동의서 (혈관재개통술)

등록번호: [REDACTED]

성별/나이: F/63

성명: [REDACTED]

주민등록번호: 560226-23*****

- 혈전제거술 도중 일부 혈전이 작은 조각이 되어 다른 혈관으로 이동할 수 있습니다. 이 경우 또 다른 부위의 뇌경색을 유발할 수 있어, 추가로 혈전제거술이 필요합니다. 다만 미세도관이 도달하지 못하는 곳까지 혈전이 이동한 경우에는 추가 혈전제거술을 시행할 수 없고, 이 경우 또 다른 증상이 발생할 수도 있습니다.
- 천자 부위에 출혈 및 감염이 생길 수 있습니다. 소량의 피하 출혈은 멍이 들거나 약간의 부종으로 나타나지만 심한 출혈인 경우는 주변에 혈종이 고여 지혈을 위한 추가적인 압박이나 시술이 필요할 수 있습니다.
- 시술 도중 혈전제거 후에도 혈관이 좁아져 있는 경우에는 스텐트를 삽입한 상태로 시술을 마칠 수 있으며, 이러한 경우 혈전의 추가 발생을 막기 위해 항응고제를 사용해야만 합니다. 다만 드물게 항응고제의 사용으로 인해 뇌경색이 발생한 부위에 뇌출혈이 발생할 가능성이 있습니다.
- 시술 도중 기계적 혈전제거 이후 혈관재개통술의 효과를 높이기 위해 전용해 및 혈관확장 약물을 사용할 수 있으며, 이 경우 약물에 의한 부작용 (혈압저하, 뇌출혈 등)이 발생할 수 있습니다. 시술 도중 환자의 생체징후는 지속적으로 감시하고 있으며, 이에 따른 적절한 조치를 취하게 됩니다.

2) 조영제 관련

- 조영제 주입과 관련하여 주입 부위나 전신이 화끈거림을 느낄 수 있습니다.
- 때때로 구역 또는 구토 증세가 있을 수 있습니다.
- 가려움증, 두드러기, 홍반, 발진, 호흡 곤란, 혈관 부종 등의 과민반응이 나타날 수 있으며, 드물게 두통, 어지러움, 발작, 일시적 운동 장애, 감각 이상 등의 신경증상이 있을 수 있습니다.
- 매우 드물게 폐 부종, 속, 신부전증, 부정맥, 심장 마비, 의식 소실, 사망 등의 심한 부작용이 유발될 수 있습니다.
- 저희 병원에서는 부작용에 대한 응급 처치의 준비가 갖추고 있으나 만일의 경우를 대비하여 검사 전 과거 조영제 부작용을 경험하신 적이 있는 경우, 특정 약물 알레르기가 있는 경우, 기타 신체 질병이 있는 경우 담당 선생님에게 반드시 알려 주셔야 합니다.

(5) 시술(검사) 이외의 시행 가능한 다른 치료 방법 **

정맥으로 혈전용해제를 사용하여 혈관재개통이 될 수도 있으나, 최근의 결과로는 신경중재 시술을 통한 혈전제거술이 정맥 혈전제거술만 시행하는 것보다 우수한 성적이 보고되어 있습니다. 또한 수술적 접근방법은 현재로서는 가능하지 않습니다.

(6) 시술(검사)를 하지 않는 경우의 예후 **

급성기에 혈관재개통이 이루어지지 않으면, 현재 폐색된 부위가 담당하고 있는 뇌 부위의 뇌경색은 그 범위가 커질 가능성이 큼니다. 또한 뇌경색에 따른 증상도 악화될 가능성이 크며, 심하면 사망에 이르게 될 수 있습니다.

(7) 시술(검사) 방법의 변경 또는 시술(검사) 범위의 추가 가능성 **

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

(8) 주치의(집도의)의 변경 가능성 **

시술(검사) 전 또는 시술(검사) 과정에서 환자의 상태 또는 병원 사정 (응급환자의 진료, 주치의 (집도의)의 질병·출산 등 일신상 사유, 기타)에 따라 부득이하게 주치의(집도의)가 변경될 수 있습니다.

** 시술(검사) 전 또는 시술(검사) 과정에서 주치의(집도의)가 바뀌었을 경우 주치의(집도의) 변경 동의서를 추가로 받아야 합니다.



신경중재 치료/시술 동의서 (혈관재개통술)

등록번호: [REDACTED]

성별/나이: F/63

성명: [REDACTED]

주민등록번호: 560226-23*****

2. 의식하 진정(Moderate Sedation) 설명 ☐ 해당 없음 ☒ 해당 있음

- (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 불편함 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 ☒)

과거병력 (질병·상해 전력)	<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
특이체질	<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
고/저혈압	<input checked="" type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	마약사고	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상
복용약물	<input checked="" type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	기도이상 유무	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상
흡연여부	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	출혈소인	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상
심장질환 (심근경색 등)	<input checked="" type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	호흡기질환 (기침·가래 등)	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상
신장질환 (부종 등)	<input type="checkbox"/> 유	<input checked="" type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상	기타			
진정 경험 (의식하 진정 시에만 Check)					<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 미상

나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

1. 나(또는 환자)에 대한 시술(검사), 의식하진정의 목적 및 효과, 과정 및 방법, 과정 중 발생 할 수 있는 문제점, 발생 가능한 합병증, 시술(검사) 전후 환자가 주의해야 할 사항, 시행 가능한 다른 치료 방법, 치료를 하지 않을 경우의 예후, 등에 대한 설명을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
2. 이 시술(검사), 의식하진정으로서 불가항력으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 1의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
3. 이 시술(검사), 의식하진정에 적극적으로 협력할 것을 서명으로 서약하며 '환자의 현재 상태'에 대해 성실하게 고지하며 이에 따른 의학적 처리를 담당의 판단에 위임하여 이 시술(검사)을 하는 데에 동의합니다.
4. 적출된 조직은 대부분 조직검사에 이용되며, 그 나머지 부분은 관련법규에 따라 병원에서 폐기 처리합니다. 폐기될 조직의 일부분은 질병 연구 목적으로 사용될 수도 있다는 것에 동의합니다.
5. 시술(검사) 방법의 변경 또는 시술(검사) 범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 시술(검사), 의식하진정의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
6. 주치의(집도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 시술(검사), 의식하진정의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
7. 이 동의서에 대해 충분히 설명을 들었으며 나(또는 환자)의 자발적인 이해에 근거하여 이 동의서에 서명합니다.

0002688002



신경중재 치료/시술 동의서 (혈관재개통술)

등록번호: [REDACTED]

성별/나이: F/63

성명: [REDACTED]

주민등록번호: 560226-23*****

**환자명: [REDACTED] (서명 또는 날인)

■ 환자가 서명할 수 없는 경우

**대리인(환자의 [REDACTED] 서명 또는 날인)

주민등록상의 생년월일:

주소:

집전화:

휴대전화:

**대리인이 서명하게 된 사유 ☒

- ☒ 환자의 신체적·정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
- ☐ 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
- ☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함
- ☐ 기타 :

**2019년 06월 26일 15시 54분

**담당의사(설명 의사)

이경식

(서명 또는 날인)

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

충북대학교병원장 귀하



개인정보 수집·이용·제공 동의서



환자 등록번호	환자성명
---------	------

귀하의 소중한 개인정보(고유식별정보 및 민감정보)는 의료법 및 개인정보보호법의 관련규정에 의하여 진료 및 진료지원 등 아래의 목적으로 수집 및 이용됩니다.

1. 개인정보 수집·이용목적	<ul style="list-style-type: none"> 진료/건강검진 예약, 조회 및 진료를 위한 본인확인 절차 진단 및 치료를 위한 서비스(협의진료에 필요한 개인정보 및 진료정보공유) 진료비 청구, 수납, 환불 등의 원무 서비스 진료비계산서, 내역서, 제 증명서 발송 및약품/건강검진 물품 및 결과발송 온라인/오프라인 검사 수탁, 외부검사 의뢰 및 임상시험 심사 등을 위한 기초자료 민원/고충 처리 등을 돕기 위한 의사소통의 경로 확보 의료의 질관리, 각종 의료기관평가, 병원운영을 위한 법적, 행정적 대응 및 조치 의료법제21조 2항 및 관계법령에 의거한 정보제공 목적 교육, 연구에 필요한 최소한의 분석 자료 가족 등에게 병의 증세, 환자상태 설명, 병실조회 및 면회
2. 개인정보 수집항목	<ul style="list-style-type: none"> 이름, 주민등록번호, 주소 등 의료법 제22조 및 의료법시행규칙 제14조에 의한 의무기록에 명시되는 항목 전화번호, E-mail 등 진료신청서 내 기재항목
3. 개인정보 보유 이용기간	의료법 및 기타 관련 법령기준에 따라 보유하며 환자의 건강을 위한 의료서비스에 필요성이 있는 경우에는 영구 보관할 수 있습니다.
4. 개인정보의 제3자 제공	본원은 의료법 제21조 및 기타 다른 법률에서 개인정보의 제공 규정이 있는 경우 이외에 개인정보를 제공하는 경우에는 별도 동의를 받고 있습니다.

상기 1-4항 내용은 본원에서 의료서비스를 제공하는데 필요한 최소한의 정보에 해당하므로 상기 내용에 대하여 본인이 동의하지 않을 수 있으나 그러할 경우 의료서비스 제공이 지연될 수 있음을 알려드립니다.

(동의여부 V표 체크) ☒ 동의함 ☐ 동의하지 않음

아래의 항목은 병원 서비스 제공 시 활용하는 정보로서 서비스 제공을 원하지 않을 경우 동의를 하지 않을 수 있으며, 미 동의로 인하여 우리병원의 의료서비스 이용에 불이익을 받지 않습니다.
(단, 아래서비스 제공을 받지 못하여 발생한 불이익은 정보주체 본인에게 책임이 있습니다.)

- 건강검진 실시에 따른 사전·사후 서비스 관련 정보제공을 위한 휴대폰 SMS발송
- 진료 예약, 입원 및 검사 예정, 진료비 안내에 대한 Mobile 안내를 위한 휴대폰 SMS발송
- 병원이용 및 병원의 새로운 서비스, 행사정보 안내를 위한 우편 또는 휴대폰 SMS발송

(동의여부 V표 체크) ☒ 동의함 ☐ 동의하지 않음

※ 만 14세 미만 아동의 경우 표기하세요.

서명인은 미성년자의 "법정대리인"으로서 개인정보 수집·이용·제공에 동의합니다.

(동의여부 V표 체크) ☒ 동의함 ☐ 동의하지 않음

개인정보 수집·이용, 제공 동의서 작성 후에도 의료법 및 개인정보보호법 등 관계 법령에 특히 규정된 경우를 제외하고는 동의자가 원하는 경우에는 동의 여부를 언제든지 변경 또는 철회 할 수 있음을 알려드립니다.

『개인정보 보호법』에 의거 위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다.

환자 또는 대리인 (환자와의 관계 :

성 명 : (서명)

작성일 : 2019년 06월 26일