

경피적 대동맥 성형술(TEVAR or EVAR) 시술 동의서

등록번호	09470393	성명	김순갑	성별	남	나이	73세
------	----------	----	-----	----	---	----	-----

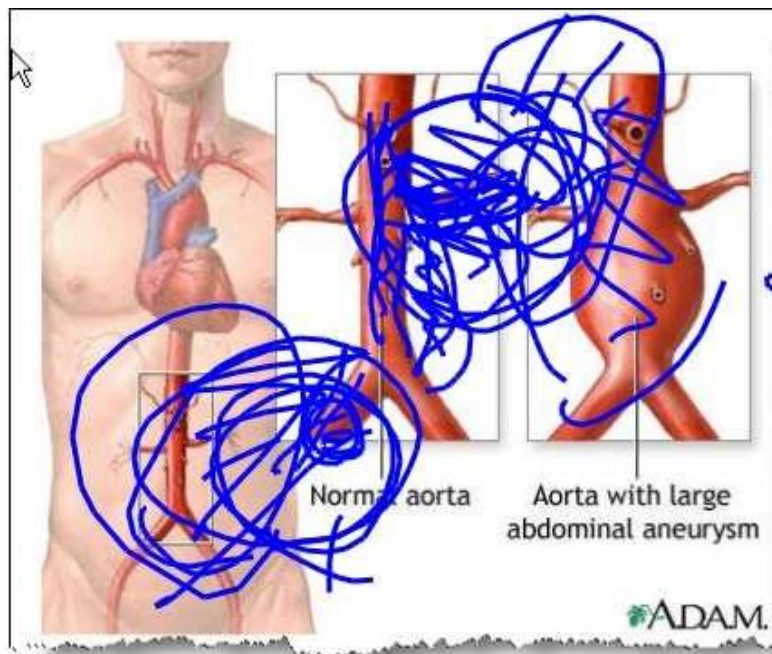
다음은 환자분의 시술에 필요한 동의서입니다. 설명을 들으신 후 궁금한 점에 대하여는 설명을 하는 의료진에게 반드시 질문을 하시고 양식을 작성하여 주십시오.

☒ 통증완화술(100/100 본인부담) : ☐ 동의함 (☐ 1일 ☐ 2일) ☒ 동의하지 않음

1. 환자의 현재 상태

(가급적 개방형 질문, 검사 결과 및 환자의 고지에 따라 유/무로 나누어 기재)

진단명			대동맥박리		
시술명			스텐트		
시술부위			☐ Rt ☐ Lt ☐ Both ☒ N/A		
담당의			서순용		
시행예정일			2020-12-14		
해당사항	유	무	해당사항	유	무
과거병력(질병, 상해 전력) ()	☐	☒	알레르기 (유:)	☐	☒
특이체질	☐	☒	당뇨병	☐	☒
혈압이상(고/저)	☐	☒	마약사고	☐	☒
복용약물	☐	☒	치아 및 기도이상	☐	☒



23쪽
42
+
인적
공판

3. 시술의 목적과 효과, 다른 치료 방법

1) 시술의 목적과 효과

치료의 목적은 대동맥류가 혈압을 받지 않고 더 이상 늘어나지 않도록 동맥 혈류로부터 격리시키는데 있습니다.

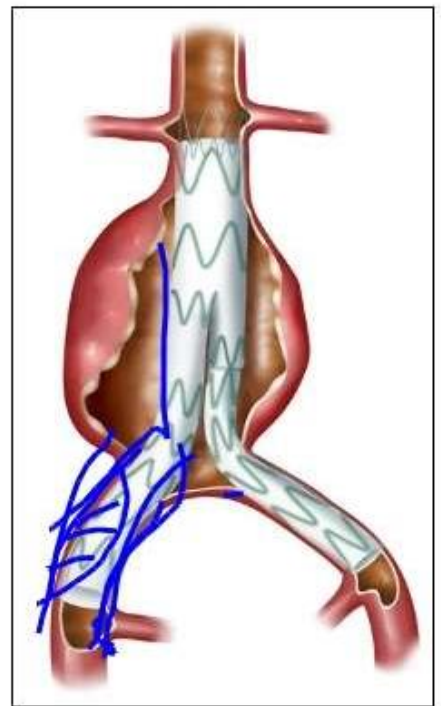
2) 다른 치료 방법

경피적으로 하는 방법 외에 수술적 치료를 고려할 수 있습니다. 수술적 치료는 수술 중이나 수술 후 합병증의 발생 확률이 높고, 수술 후 통증이 더 심하고, 회복이 느리다는 단점이 있는 반면 재발의 가능성이 낮고 재치료의 가능성이 낮다는 장점이 있습니다.

4. 시술의 방법 및 시술 부위, 추정 소요시간, 시술 방법의 변경 또는 시술범위의 추가 가능성, 주치의(집도의)의 변경 가능성 (설명을 위한 모식도)

1) 시술의 방법 및 시술 부위

환자는 심혈관 조영실내에서 시술 준비가 되면 전신 마취(경우에 따라 국소마취)를 하게 됩니다. 이후 약간의 피부절개를 통하여 대퇴 동맥으로 최대 직경 7mm 정도의 도관을 삽입합니다. 이 도관을 통해 유도철선을 삽입하고 유도철선을 통해 풍선, 철망 등의 기구를 대동맥류 부위까지 위치시킵니다. 적절한 위치에 대동맥류를 격리시킬 수 있는 철망을 놓고 철망을 확장시킵니다. 추가적으로 철망의 양쪽 끝 부분, 또는 철망끼리의 연결부분 등을 풍선을 확장시켜 더 다져서 혈류가 새지 않도록 마무리를 합니다.



2) 추정 소요시간

1시간 30분 가량 소요됩니다.

3) 시술 방법의 변경 또는 시술범위의 추가 가능성

대동맥류가 경피적 대동맥 성형술에 적합하지 않을 경우 시술이 불가능할 수 있으며 수술적인 치료로 대체될 수 있습니다. 심각한 합병증이 발생할 경우 개흉, 개복술 등의 수술이 필요할 수 있습니다.

4) 주치의(집도의)의 변경 가능성

시술과정에서 환자의 상태 또는 의료기관의 사정(응급환자의 진료, 주치의(집도의)의 질병·출산 등 일신상 사유, 기타 변경사유)에 따라 부득이하게 주치의(집도의)가 변경될 수 있습니다.

5. 시술 후 치료와 경과, 주의 사항

1) 시술 후 치료와 경과

특별한 문제 없이 성공적인 시술이 이루어진 경우 환자는 병실로 가서 다음날 퇴원하게 됩니다. 환자의 상태가 불안정한 경우 심혈관계 중환자실에서 체류할 수 있습니다.

2) 주의사항

대퇴 동맥이 천자된 모든 환자는 도관 제거 후 최소 6시간 동안 절대 침상안정을 취해야 하며 이 기간 동안 천자가 이루어진 하지를 굽히면 안됩니다. 천자 부위 봉합기를 사용한 경우에는 절대 침상안정 시간이 3시간 이내로 단축됩니다. 철망과 인조 조직이 혈관내에 삽입되기 때문에 혈전 예방 요법이 필요합니다. 처방되는 항혈소판제나 항응고제를 잘 복용하시기 바랍니다. 도관이 삽입된 부위는 혈관 지혈도구를 이용하여 지혈이 되어 있으나 시술 후 3일간은 간단한 샤워만 하고 목욕은 삼가시고, 시술 후 일주일까지는 격한 움직임을 피하시기 바랍니다. 이후 정기적으로 외래 추적관찰을 받으시며 CT 등의 검사를 통해 경과를 보게 됩니다.

6. 시술에 따른 일반적인 위험성, 합병증 - 대처방법 포함

상기의 시술에 따른 합병증은 천자부위의 혈종, 동정맥루, 동맥류 등의 국소합병증이 2-5%에서 발생할 수 있습니다. 대부분 국소 압박으로 치료되나 중증도에 따라 일부 대퇴부위혈관에 대한 수술이 필요할 수 있습니다.

시술 중 혈전에 의한 뇌경색, 뇌출혈, 상하지 혈관의 색전, 시동맥의 손상에 의하여 드물게 응급 혈전용해 요법이나 응급수술이 필요한 경우가 3-5% 정도에서 발생할 수 있습니다.

조영제라는 물질에 의하여 100,000명 중의 1-2명에서 치명적인 알레르기 반응이 발생할 수 있으며 두드러기나 가려움증 등의 경한 부작용은 5% 대외에서 발생합니다. 상기 시술에 의한 전체적인 사망률은 1000명 중 5명 정도로 알려져 있습니다. 대개 항히스타민제, 스테로이드제 투여에 의해 호전되며 일부 혈압 상승제제 사용이 필요할 수 있습니다.

시술 후 측부 혈관이 발생하면서 대동맥류가 격리되지 않고 남아있는 현상 (endoleak) 이 발생하기도 합니다. 대동맥류가 진행하면 추후 수술이 필요할 수 있습니다.

7. 마취

1) 전신 마취의 과정 및 방법

① 금식

전신마취를 위해서 응급수술인 경우를 제외하고 환자는 적어도 8시간의 금식기간을 가져야 합니다.

② 환자 감시 장치

환자분이 수술장에 도착한 후 필요한 기본적인 감시장치를(심전도, 혈압, 산소포화도, 근이완감시계 등) 몸에 부착하게 되며 마취과 의사에 의해 전신마취가 시행됩니다.

③ 전신 마취의 유도

전신마취를 위해 마취 약제를 정맥 내로 주입하여 환자분의 의식이 없어진 후 마취과 의사가 호흡기도 안으로 튜브를 삽입하게 되고 이를 통해 수술 중에는 인공호흡기를 사용하여 호흡이 유지됩니다.

④ 전신 마취의 유지

전신 마취 하에 수술이 진행되는 동안 마취과 의사는 감시장치를 통해 환자분의 상태를 평가하면서 마취 약제를 조절하여 마취 심도를 적절하게 유지하고 필요한 수액과 혈액을 공급하게 됩니다. 수술의 종류나 환자의 신체 상태에 따라 특수한 약제를 사용하거나 필요한 검사를 실시하여 환자가 안정된 상태를 유지하도록 합니다.

⑤ 전신 마취의 회복

수술이 끝나면 대부분의 환자는 전신 마취에서 바로 회복된 후 회복실에 잠시 체류하게 됩니다. 그러나 수술 후 환자의 상태를 집중적으로 관찰하는 것이 유리하다고 판단 될 경우에는 중환자실로 바로 이송되는 경우도 있습니다.

2) 전신 마취에 따르는 위험성 및 합병증

전신마취 후 발생할 수 있는 비교적 흔한 합병증으로는 기도내 삽관에 따른 치아 손상, 기도 손상 즉 구강 및 인후두부의 손상 및 이로 인한 병변으로 통증, 출혈, 염증 등이 발생할 수 있습니다. 대부분 시간이 지나면서 완전히 호전이 되나 드물게 이비인후과 / 구강외과 등에서 전문적인 치료가 필요한 경우도 있습니다.

호흡기 합병증으로는 폐렴, 무기폐, 폐부종 등이 발생할 수 있으므로 전신마취에서 회복하신 후 환자는 심호흡이나 기침을 통한 객담 배출을 잘 해야 합니다. 폐렴, 무기폐, 폐부종이 발생하는 경우, 또는 기존에 호흡기 질환을 가지고 있던 환자의 경우 전신마취 후 악화될 가능성이 크고 이러한 경우 추가적인 약물치료나 호흡기 내과 등에서 전문적인 치료가 필요할 수도 있습니다.

심혈관계 합병증으로는 혈압의 급격한 변동, 부정맥 이외에 기존에 심혈관계 질환을 지니고 있던 환자의 경우 이것이 악화될 수 있습니다. 전신 마취 중 적절한 감시 하에 추가적인 처치가 즉각적으로 이루어지나 수술 후 심혈관계 내과에서 전문적인 치료가 지속되어야 하는 경우가 있습니다.

그 외 전신마취 과정에서 발생할 수 있는 합병증으로 폐흡인, 저산소증, 기관지경련, 약제에 의한 악성고열증 등이 있고 심지어 심정지가 발생하는 경우도 있습니다. 이러한 합병증은 전신마취 과정에서 예기치 못하게 발생할 수 있으나 기본적인 환자 감시가 실시간으로 시행되고 있으므로 즉시 적절한 처치를 시행하여 환자의 안전을 최대한 도모하게 됩니다.

수술 중 모니터 부착, 테이프 부착 등으로 인해 환자의 피부 상태에 따라 피부 손상이 발생할 가능성이 있습니다.

3) 전신 마취 관련 주의 사항

- ① 전신 마취 전 성인은 적어도 8시간의 금식시간을 유지합니다. 영,유아 및 소아의 경우 나이에 따라 권장하는 금식시간을 유지하도록 합니다.
- ② 기저 질환이 있던 환자는 의료진에게 그 내용을 정확하게 전달합니다.
- ③ 지속적으로 복용하던 약물의 투약이나 중단은 의료진과 상의하여 결정된 사항을 준수합니다.
- ④ 전신 마취에서 회복된 후 심호흡이나 기침을 하여 객담 배출을 원활하게 합니다.

4) 다른 마취 방법으로 변경 가능성

심각한 기저 질환으로 인해 전신 마취의 위험성이 증가하는 경우, 수술의 종류 및 범위에 따라 허용이 되는 한도 내에서 국소 마취, 부위 마취, 진정 등 다른 방법으로 변경될 수 있습니다.

시술 전 발견된 급, 만성 질환으로 이것이 환자의 안전한 진료에 지장을 초래할 가능성이 있으면 수술이 연기되거나 취소 될 수 있습니다. 마취에 대해 추가적으로 궁금한 사항이 있으면 언제든지 담당 의사에게 문의하십시오.

8. 기타 주요 사항

시술 전에 이미 가지고 계신 질환이나 병력, 개선되어야 할 생활 습관 (과도한 음주, 흡연 등) 등이 많을수록 수술 후 합병증의 가능성은 더 증가하게 됩니다. 본 의료진은 이에 대한 충분한 대처를 하고 있습니다만, 특히 과도한 음주, 흡연을 포함한 개선되어야 할 생활 습관은 수술 후 반드시 개선되어야 수술 후 좋은 결과를 얻을 수 있습니다. 또한 수술 전 환자분의 상태에 대한 상세한 조사에도 매우 드물지만 환자분의 특이 체질로 예상치 못한 합병증이 발생하는 경우도 있습니다. 이러한 문제가 발생하면 최선을 다하여 치료를 할 것이지만, 그러한 경우 대비보인 환자도기는 정형 다른 결과를

선을 다하여 치료를 할 것이지만, 그렇지 않은 대부분의 환자들과는 전혀 다른 경과를 보이는 경우가 발생할 수 있습니다.

9. 기타 동의사항

1) 국소마취 동의

마취의 필요성, 계획, 발생 가능한 합병증에 대하여 설명을 들었으며, 불가항력적으로 야기 될 수 있는 합병증 또는 우발적인 사고의 발생 가능성에 대해 사전 설명을 통해 충분히 이해합니다. 환자의 신체적 상황과 수술 방법 그리고 안전을 고려하여 적절한 마취 방법을 선택 할 것으로 이해하며, 경우에 따라 마취 계획이 변경 될 가능성에 대해 충분한 설명을 들었으며, 이에 대한 의학적 판단을 마취통증의학과 전문의에게 위임 합니다. 이에 본인은 마취 및 시술 후 통증 치료에 대해 동의합니다.

2) 수혈 동의

시술 중에 수혈을 시행할 경우 발생 될 수도 있는 수혈부작용에 대한 내용을 충분히 이해합니다. 만일 수술(시술) 중 본인에게 수혈이 꼭 필요한 경우에는 주치의의 판단에 따라 수혈을 받고자 하며, 수혈과 관련하여 발생할 수 있는 결과에 대한 의학적 판단은 주치의에게 위임할 것을 동의합니다.

3) 시술부위 표식 동의

안전한 시술을 위한 부위 표식에 대한 설명을 들었으며, 이에 동의합니다.

4) 선택진료비 지불 동의

비 선택 진료일지라도 본인의 상태에 따라 부득이하게 선택 진료 의사에게 협진 수술(시술)을 할 수 있음을 설명 듣고 이 경우 선택 진료비 지불에 동의합니다.

5) 특수검사 시행 가능성 동의

시술 후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며 이 경우 추가 비용을 청구할 수 있습니다.

6) 병리조직검사 시행 동의

수술 병리조직 검체의 정확한 진단을 위하여 특수염색, 면역조직화학검사, 분자병리 검사 및 전자현미경검사 등 추가적 검사가 필요할 수 있음을 설명 들었으며, 보다 정확한 진단을 위해 시행한 추가 검사비의 수납이 부득이한 경우 퇴원 이후에 이루어질 수 있음을 이해하였습니다. 이러한 제반 병리조직 검사비의 지불에 동의합니다.

7) 기타

- ① 의사의 상세한 설명은 추가 서식(별지)을 사용하여 작성할 수 있습니다
- ② 환자(또는 대리인)는 이 동의서 또는 추가 작성 서식 사본에 대한 교부를 요청 할 수 있으며, 이 요청이 있을 경우 지체 없이 교부하도록 합니다. 단, 동의서 또는 추가 작성 서식 사본 교부 시 소요되는 비용을 청구 할 수 있습니다.
- ③ 동의서는 본인의 서명이나 날인으로 유효하나, 본인이 서명하기 어려운 신체적, 정신적 지장이 있거나 또는 미성년자일 경우에는 사유를 명시하여, 보호자 또는 대리인이 이를 대행합니다.

추가적 특이사항 :

* 나(또는 환자)는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

- ① 나(또는 환자)에 대한 시술 목적, 효과, 과정, 예상되는 합병증 및 후유증 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ② 이 시술로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.

- ③ 이 시술에 협력하고, 환자의 현재상태에 대한 동의서 항목에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 시술의 판단에 위임하여 시술 하는데 동의합니다.
- ④ 시술 방법의 변경 또는 시술 범위의 추가 가능성에 대한 설명을 시술 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑤ 참여의료진(시술의)의 변경가능성과 사유에 대한 설명을 시술 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑥ 시술 전, 후 준수하여야 할 사항을 의사로부터 설명을 들었으며, 준수 할 것을 서약 합니다.

환자와의 관계	본인 v		
환자 이름 (본인)	김순갑	전화번호	010-5380-3714
설명의료진 이름	신용훈	설명의료진 소속	내과진료부

환자 서명 _ 정자 서명 기재 부탁드립니다.

환자



작성일시 : 2020 년 12 월 14 일 13 시 33 분

설명 의사 서명

신용훈



가천대길병원장 귀하