

등록번호	000-123456789		마취동의서
이름	김민준		
성별/나이	F/18		
진료과	성형외과	병실	

1. 진단명(현재 상태)

귀하의 현재 상태는 의 의심이 있습니다.

환자분의 건강상태 및 마취 시 특이사항

2. 시술명(수술명, 검사명, 치료명 등)

시술명(수술명, 검사명, 치료명 등)은 입니다.

3. 마취의 목적(필요성), 방법 및 효과

1) 목적(필요성)

마취는 의식소실, 감각차단, 운동차단, 반사차단 등의 요소를 포함하고 있습니다. 따라서 수술 시에 이와 같은 작용을 나타내는 약물들과 시술을 적절하게 사용하여 수술시 발생하는 인체에 유해한 생체 반응을 치료하며, 환자가 수술에 필요한 최적의 생리 상태를 유지할 수 있도록 합니다. 또한 여러 처치와 함께 지속적으로 환자의 상태를 감시하므로, 환자에 대한 수술이 안전하게 이루어지도록 합니다.

2) 방법 및 효과

마취를 통해 환자는 수술이 유발하는 통증을 느끼지 않게 되며, 수술에 의해 발생하는 출혈, 고혈압, 저혈압 등의 인체에 유해한 생체 반응이 조절되어 환자의 생명이 보존되고 수술이 안전하게 이루어지도록 합니다.

마취의 종류는 간단하게 전신마취와 부위마취로 나눌 수 있습니다.

전신마취는 환자분의 의식을 소실시킨 후 기관내 삽관을 하고 근이완제와 마취약물을 투여하여 수술 중 무의식과 생명활동 징후를 안정한 상태로 유지하는 것이고 부위마취는 주로 환자분에게 신경차단을 시행하는 방법으로 의식은 필요에 따라 소실시키거나 유지시킵니다. 수술 질환이나 동반질환으로 전신질환을 가진 환자가 마취를 시행받을 때는 전신질환이 없는 환자에 비해 마취시수에 따르는 위험이 높아집니다.

등록번호	00	
이름		
성별/나이	F/18	
진료과	성형외과	병실

마취동의서

3) 마취 전후 환자가 준수할 사항

- 1) 수술이 예정되면 마취전 평가 및 검사를 시행하게 됩니다. 사전에 본인이 지니고 있는 신체 상태에 대해서 숨김없이 의료진에게 알려야 하며, 수술 전 필요한 검사를 이행해야 합니다.
- 2) 수술 전 금식 등 의료진이 지시한 사항을 반드시 지켜야 합니다. 금식은 보통 8시간 이상의 시간이 필요하므로, 수술 전날 지정부터 음식물의 섭취를 금해야 합니다. 금식이 되지 않았을 경우 마취 중에 위 내용물이 구토로 인하여 기도으로 들어가 질식을 초래하거나 또는 폐렴을 일으킬 위험이 있습니다.
- 3) 환자는 전신마취실로 오기 전에 근육주사나 약물을 복용하게 됩니다. 이것은 환자의 불안을 덜어주고 수술 도중에 나타날 수 있는 불필요한 반사작용을 방지하기 위해서 시행하는 마취 전 투약 (premedication)입니다.
- 4) 감기에 걸린 경우, 전신마취를 연기하는 것이 좋습니다. 감기로 인하여 기관지들이 예민한 상태가 되어 마취 도중에 분비물이 많아지고 기관지가 수축하여 호흡장애를 일으키거나 수술 후에 폐렴을 일으킬 수 있기 때문입니다.
- 5) 전신마취를 통한 수술 후 다음과 같은 증상이 나타날 수 있으며 불안 및 보호자의 관찰과 주의가 필요합니다. 다음과 같은 증상은 간호사에게 알려 주치의의 적절한 치료를 받을 수 있게 해주시시오.
- 환자는 의식을 회복하면서 치료로 인한 통증을 호소할 수 있습니다.

- 구역 및 구토는 마취나 수술 후에 가장 흔히 발생하는 합병증이며, 구토로 인하여 내용물이 폐 속으로 들어가면 폐렴을 일으키거나 심한 경우에는 질식을 일으킬 수도 있습니다.
 - 전신마취 후 체온조절 능력의 저하로 인하여 떨림이 흔히 나타날 수 있으며, 떨림이 계속되면 심장의 부담이 가중되므로 실내온도를 조절하고 가온모포를 사용하여 정상 체온을 유지하도록 유의하여야 합니다.
 - 전신마취 직후에는 가능한 심호흡과 기침을 자주하여 기관 분비물을 배출시켜야 합니다.
 - 수술 후에 급식을 유지하며, 가스의 배출이 자각되면 의사의 지시에 따라 식사를 시작하십시오.
- 6) 이 외에도 환자분이 불편해 하시는 사항이나 의식이 저하되는 등 위급한 소견이 있는 경우 즉시 의료진에게 연락하여 평가 및 치료를 받으실 수 있도록 관심을 기울여주셔야 합니다.

4. 전신마취 및 부위마취시 올 수 있는 후유증 및 합병증

- 1) 심폐기능의 억제로 동맥혈 저산소혈증, 호흡억제 및 심근경색, 심정지가 발생할 수 있습니다.
- 2) 마취중 혈압상승이나 하강에 따른 뇌혈류량의 변화로 인해 뇌출혈이나 뇌경색 등이 발생 할 수 있습니다.
- 3) 기존 질환의 심각한 악화로 인해 생명활동 징후 저하가 일어날 수 있습니다.
- 4) 폐 합병증으로 기관지 수축, 폐렴이나 무기폐, 폐 색전증 등이 올 수 있고 심한 경우 인공호흡기 치료가 필요할 수 있습니다.
- 5) 마취중 사용하는 약제 및 항생제 등으로 간기능이나 신기능 저하가 발생 할 수 있습니다.
- 6) 수술중 출혈량과 환자 상태에 따라 수혈을 할 수 있으며 수혈에 따른 부작용이 발생할 수 있습니다.

7) 어려운 기관내 삽관으로 기도주위 외상, 발치 등이 발생할 수 있으며 기관내 삽관이 불가능할 경우 ~~기관절개술이 필요할 수 있고 기도확보에 실패할 경우 호흡부전으로 되거나 사망에까지 이를 수 있습니다.~~

8) 부위 마취시 국소 마취제 사용으로 인한 오심, 구토, 저혈압 등이 발생할 수 있고 수술 후 천자 부위 통증(요배부통)과 요추 천자 후 두통이 발생할 수 있습니다. 척추 및 경막외 마취 후 무감각이나 감각이상, 운동 능력 저하 등이 일시적으로 발생할 수 있습니다.

5. 마취이외의 시행 가능한 대안방법 및 시행되지 않았을때의 결과

환자의 해부학적 차이나 약물반응에 대한 차이로 인해 부위마취가(척추, 경막외, 상완신경총, 기타) 불가능 하거나 불안전 할 경우 전신마취가 시행됩니다. 환자분의 전신적인 사정상으로 전신마취가 불가능할 경우 본과적으로 대체 방법이 없으며 수술이 연기될 수 있습니다.

6. 마취중 환자 감시 및 치료

심전도, 산소포화도, 호기말 이산화탄소 분압, 비침습적 동맥압을 측정하며 필요에 따라 침습적 동맥압 감시(합병증 : 혈종, 동통, 감염, 혈전증 등)와 중심정맥압(합병증 : 혈종, 기흉, 혈흉, 혈종격, 색전증, 감염 등), 동맥혈 가스분석, 기타 : ()등으로 환자상태를 지속적으로 철저하게 감시하며 생체 징후 이상시 여러 종류의 약제나 수액, 혈액제제로 치료를 합니다.

환자분의 마취에 다음과 같은 비급여(본인부담)장비의 사용이 필요합니다.

비급여 (본인부담) 장비 사용에 대하여 동의합니다	<u>신청서</u>

7. 마취 방법의 변경 가능성

수술 준비 중 환자의 상태에 따라 부득이하게 마취방법이 변경될 수 있습니다. 다만, 이에 따라 환자 또는 대리인에게 추가로 설명하여야 하는 사항이 있는 경우 수술을 시행하기 전에 이에 대하여 설명하고 동의를 얻기로 합니다.

8. 마취의 및 마취의 변경 가능성

환자분의 마취에는 다음과 같은 의료진이 참여하게 됩니다.

마취의1:		마취의2:	
마취의3:		마취의4:	

9. 마취 설명에 대한 동의서

나(환자) (성명기재) 또는 대리인
다음의 사항을 확인하고 동의합니다

- ① 나(또는 환자)에 대한 마취의 목적·효과·과정·예상되는 합병증·후유증 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ② 이 마취로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 ①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
- ③ 이 마취에 협력하고, 이 동의서 제1조의 환자의 현재 상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 마취를 하는 데에 동의합니다.
- ④ 나(또는 환자)는 마취 과정 중 마취에 변동사항이 생길 경우 보호자에게 설명할 수 있음을 충분히 이해하였습니다.
- ⑤ 마취의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 마취의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑥ 본 동의서의 인쇄된 정보를 충분히 이해했으며, 본인의 자발적인 이해에 근거하여 이 동의서에 서명합니다.

귀하의 증상과 치료 및 후유증에 관한 상세한 설명을 들었음		□아니오
본 동의서관련 설명문을 받았음		□아니오

등록번호	000. . .		
이름	홍길동		
성별/나이	F/18		
진료과	성형외과	병실	

마취동의서

* 환자가 아닌 보호자(대리인) 등의 사유 ☐ 환자의 신체·정신적 장애로 의사결정이 어려움 ☒ 미성년자 ☐ 내용 설명시 환자의 심신에 중대한 영향이 우려 ☐ 환자 본인이 특정인에게 동의권을 위임함 ☐ 응급상황 ☐ 기타 _____	*환자 *보호자(대리인) 환자와의 관계
---	--

담당의사(설명)

2018년 1월 16일

조선대학교병원장 귀하