

# 수술 동의서

## 수술 동의서

(수술명 : 복벽 석회. 영이. 환대.)

집도의사

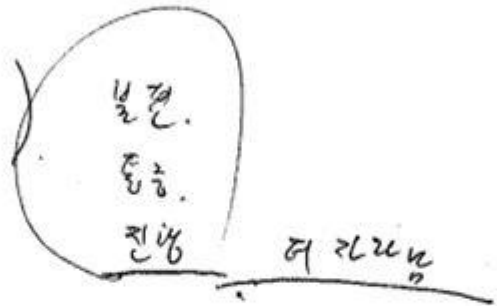
### 1. 환자의 현재 상태

진단명 : 이소 골다

특이 사항 및 중요 검사 결과 :

### 2. 목적 및 필요성

석회.  
영이.



### 3. 수술 과정 및 방법



복강내 석회. 영이. 환대.  
근막. 지방조직. 림프.

### 4. 마취 관련 설명

☒ 전신마취

#### 1) 과정

- 감시 장비 부착 후 심호흡을 하는 동안 정맥주사를 통해 의식소실을 유도하여 마취를 시작.
- 대부분 기관내 삽관을 통해 기관내 튜브를 거치하여 인공호흡을 하면서 마취를 진행.
- 수술 후 회복실에서 마취 후 합병증에 대한 관찰 및 처치 후 대개 1~2시간 이대에 환자의 상태에 따라 병실 및 중환자실로 이동.

#### 2) 전신마취 과정 중 발생할 수 있는 문제점

기관내 삽관에 따른 구강내 구조물 혹은 기도의 손상, 저산소증, 기관지 경련, 폐출혈, 부정맥, 심근경색 등과 그에 따른 합병증, 마취나 수술 약제에 대한 이상 및 과민반응 등.

#### 3) 전신 마취 후 발생 가능한 합병증 및 후유증

폐합병증 (폐렴, 무기폐, 폐부종 등), 심혈관계 합병증 (부정맥, 심근경색 등), 소화기계 합병증 (간 부전 등), 신장계 합병증 (신부전 등), 신경학적 합병증 (신경손상 등) 등.

### 1) 과정

- 시술마다 적절한 자세 및 신경 해부학적인 구조에 따라 주사.
- 마취 부위는 이상감각 (주로 따듯한 느낌) 이후 감각이 소실됨.
- 환자의 의식은 소실되지 않아 불편한 점을 호소하거나 의문점을 문의할 수 있음.
- 환자가 원하시거나 의료진의 판단에 의해 진정 (수면) 이 가능함.
- 수술 후 회복실에서 마취 후 합병증에 대한 관찰 및 처치 후 대개 1~2시간 이내에 환자의 상태에 따라 병실 및 중환자실로 이동.
- 환자에 따른 해부학적인 차이나 약물 반응에 대한 차이로 인해 부위마취가 불가능하거나 불완전 할 경우 전신마취가 시행될 수 있음.

- 출혈, 감염, 저혈압, 호흡곤란, 경련, 의식소실, 심폐정지 등.
- 상원신경총 차단, 경신경총 차단 : 차단부위가 폐와 가까운 경우에는 기흉, 혈흉 등.

- 오심, 구토, 두통, 혈압저하, 요통, 뇨저류, 감각이상, 운동마비 등.

$$\frac{1}{h} \frac{d}{dt} \cdot \frac{1}{6}$$

$\frac{52}{22}$   
 $\frac{1}{2}$   
 $\frac{26}{11}$

3월 20일  
 3월 20일 3월 20일 → 3월 20일  
 3월 20일 3월 20일  
 → 3월 20일 3월 20일

한글.      한글.  
한글.      한글.  
한글.      한글.

## Page: 2/3

수술 동의서

| 진료과 : GS | 주민등록번호 :

▶ 본인 (환자 또는 대리인) 은

1. 수술 목적 및 필요성, 수술 과정 및 방법, 마취 관련 설명, 수술 전 후 주의사항, 수술 후 치료경과, 수술 후 발생 가능한 합병증 및 후유증, 수술을 시행하지 않을 경우 예상되는 결과, 수술 이외의 시행 가능한 다른 방법 등에 대한 설명을 의사로부터 듣고 이해하였습니다.
2. 본 수술 및 마취로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 우발적 사고가 일어날 수도 있다는 것을 충분히 이해하였습니다.
3. 따라서 수술 (시술 및 처치) 에 적극적으로 협력할 것을 서명으로 서약하고 다음 사항을 성실히 고지하며 이에 따른 의학적 처리를 주치의 판단에 위임하여 상기 수술을 하는데 동의합니다.
4. 본인 (또는 환자) 은 수술 중 예정된 수술에 변동사항이 생길 경우 보호자에게 설명할 수 있음을 충분히 이해하였습니다.
5. 본인의 자발적인 이해에 근거하여 이 동의서에 서명합니다.

기왕력		알레르기		심장병	
특이체질		당뇨병	✓	출혈소인	
고·저혈압		마약사고		약으로 인한 사고	
기타					

▶ 환자 본인

• 성 명 :  
• 연락처 :

▶ 설명 의사

• 성 명 :  
• 연락처 :

▶ 대리인 (환자와의 관계 :

• 성 명 : \_\_\_\_\_ (서 명) \_\_\_\_\_  
• 주 소 : \_\_\_\_\_  
• 연 락 처 : \_\_\_\_\_ • 주민등록번호 및 성별 : \_\_\_\_\_

• 대리인이 서명하게 된 사유

- ☐ 환자가 의사결정을 하기 힘든 신체적, 정신적 장애가 있음  
☐ 미성년자  
☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 영향을 미칠 것이 우려됨  
☐ 환자 본인이 특정인에게 승낙 권한을 위임함 (진료 동의서에 대한 위임장 첨부)  
☐ 기타 :

▶ 동의서 작성

※ 상기 의사의 상세한 설명은 이면지 또는 별지를 사용할 수 있으며 환자가 본 동의서 사본을 원하면 교부할 수 있다.

※ 배우자 및 직계존비속은 위임장 불필요

경 북 대 학 교 병 원 장 귀 하



## KNUHIRB

**Kyung Pook National University Hospital Institutional Review Board**

Tel :82-53-200-5430

FAX:82-53-426-7465

130, Dongdeok-ro, Jung-gu, DaeGu, 41944, KOREA

*Certificate  
of  
Approval*

THE FOLLOWING WERE APPROVED:

BOARD ACTION DATED : 28/JUL/2023

STUDY NO :

IRB NO : KNUH 2023-07-030

INVESTIGATOR : **Seung-Soo Lee**

TITLE : **Heterotopic ossification along the laparotomy scar: a case report**

APPROVAL INCLUDES:

ALL CONDITIONS OF APPROVAL PREVIOUSLY ESTABLISHED BY THE KNUHIRB  
FOR THIS RESEARCH PROJECT CONTINUE TO APPLY.

CONTINUING REVIEW REPORT INTERVAL:

DISTRIBUTION OF COPIES:

SPONSOR:

CRO:

OTHER: WRITTEN CONSENT EXEMPTION

INSTITUTION:

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, CONTACT THE KNUH IRB (Tel: 82-53-200-5430)

This is to certify that the information contained herein is true and correct as reflected in the records of the KNUH Institutional Review Board. **We certify that the KNUH IRB is in full compliance with Good Clinical Practice as defined under the Korea Food and Drug Administration (KFDA) regulations and the International Conference on Harmonisation (ICH) guidelines.**

**Kyung Pook National University Hospital  
Institutional Review Board Chairperson**



Chairperson

**16 / OCT / 2023**

Date

# Case Report Form (CRF)

2023-07-17 ver.1-0

복부수술 후 수술장상 따라 발생한 이소성 골화증  
증례보고

Demography_ Age at surgery for HO	d-01
Demography_ Sex	d-02
Cancer history_ Cancer stage	d-03
Cancer history_ Resection	d-04
Cancer history_ Date of surgery (gastrectomy)	d-05
Cancer history_ Post-discharge course	d-06
Date of surgery (1st surgery for HO)	d-07
Date of surgery (wound closure)	d-08
Postoperative course (admission)	d-09
Date of discharge	d-10
Post-discharge course	d-11

## Images

CT image 6 months after gastrectomy	p-01
CT image 12 months after gastrectomy	p-02
Surgical finding (1)	p-03
Surgical finding (2)	p-04
Photo of surgical specimen	p-05
Surgical finding (3)_ bone wax application	p-06
CT image 24 months after gastrectomy (1)	p-07
CT image 24 months after gastrectomy (2)	p-08
CT image 24 months after gastrectomy (3)	p-09

p-01	p-02	p-03	p-04	p-05

p-06	p-07	p-08	p-09

Study ID	
i-01	/ / 1

작성자 기록일	작성자 성명	작성자 서명
2023.08.02 (yyyy.mm.dd.)	이 승 우	