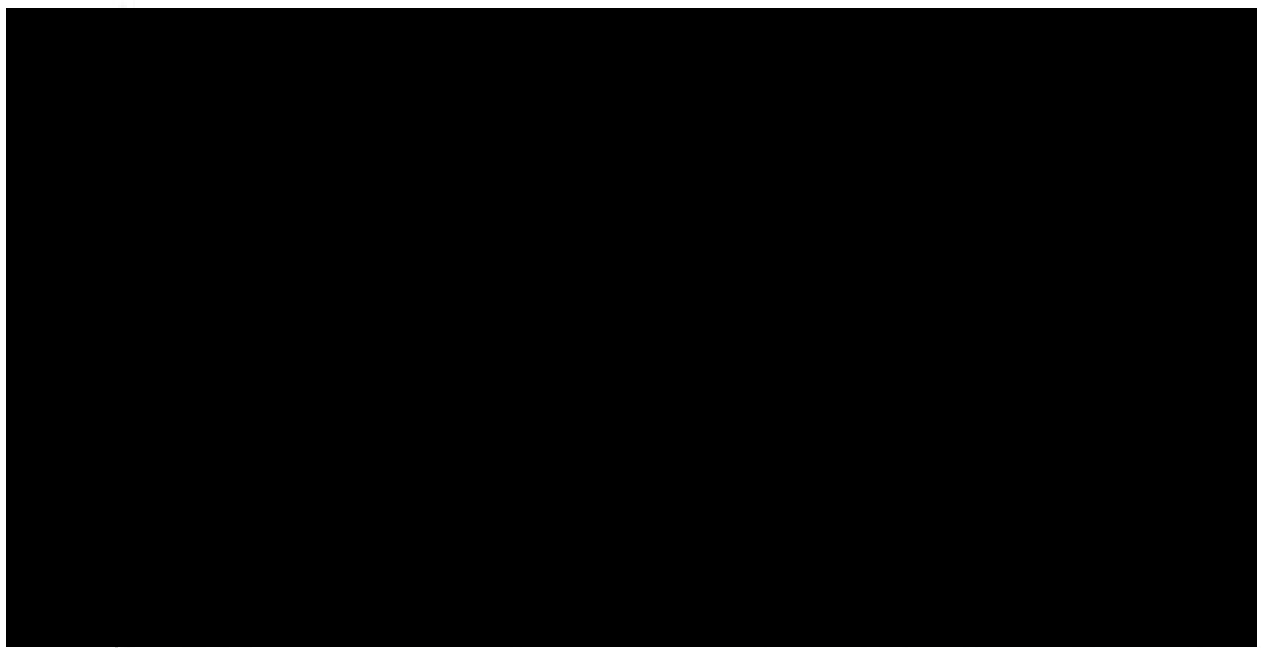
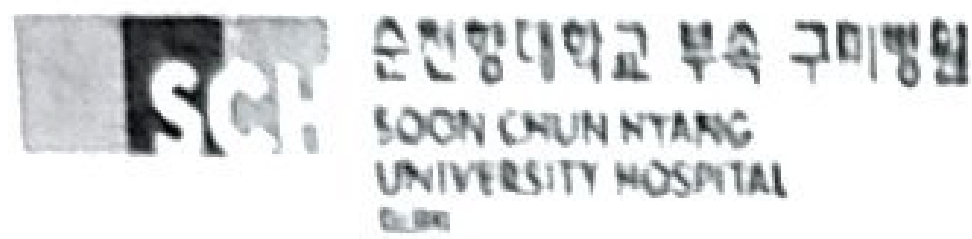




PS
M/48
외래

수술동의서

진단명	Blow out fracture of medial wall of orbit, closed , subartaneous emphysema		
수술/처치/검사	Needle aspiration(바늘흡인법)		
참여 의료진	집도의1		■ 전문의(전문과목: 성형외과), □ 일반의
	집도의2		□ 전문의(전문과목:) , □ 일반의(진료과목:)
시행 예정일			
환자병력 (기초정보조사)	★최종 (2022.10.18) 으로 조사된 환자병력을 참고하여 작성해주시기 바랍니다. 고혈압 : 무 / 심장질환 : 무 / 당뇨병 : 무 / 알러지 : 무 / 임신여부 : 무 / 수술여부 : 무 / 약물복용력 : 무		

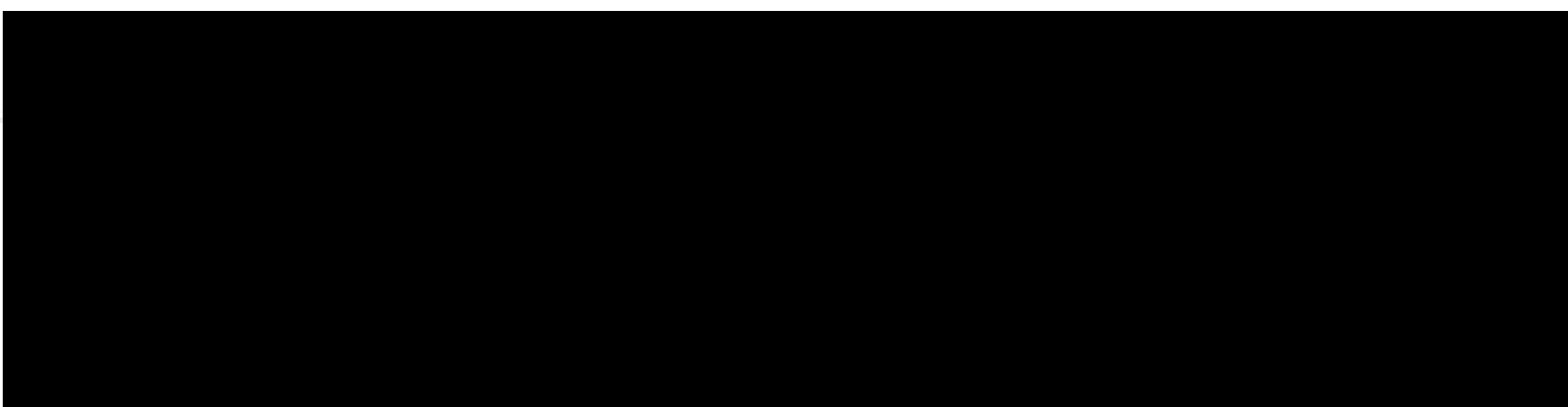
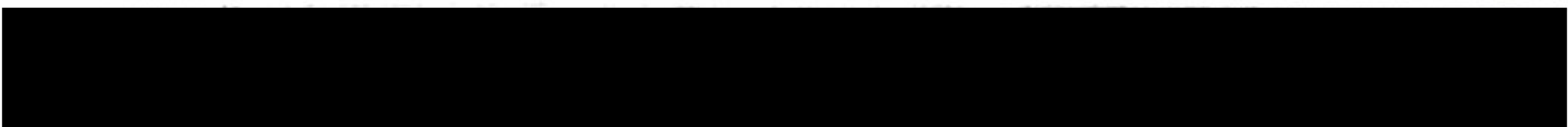
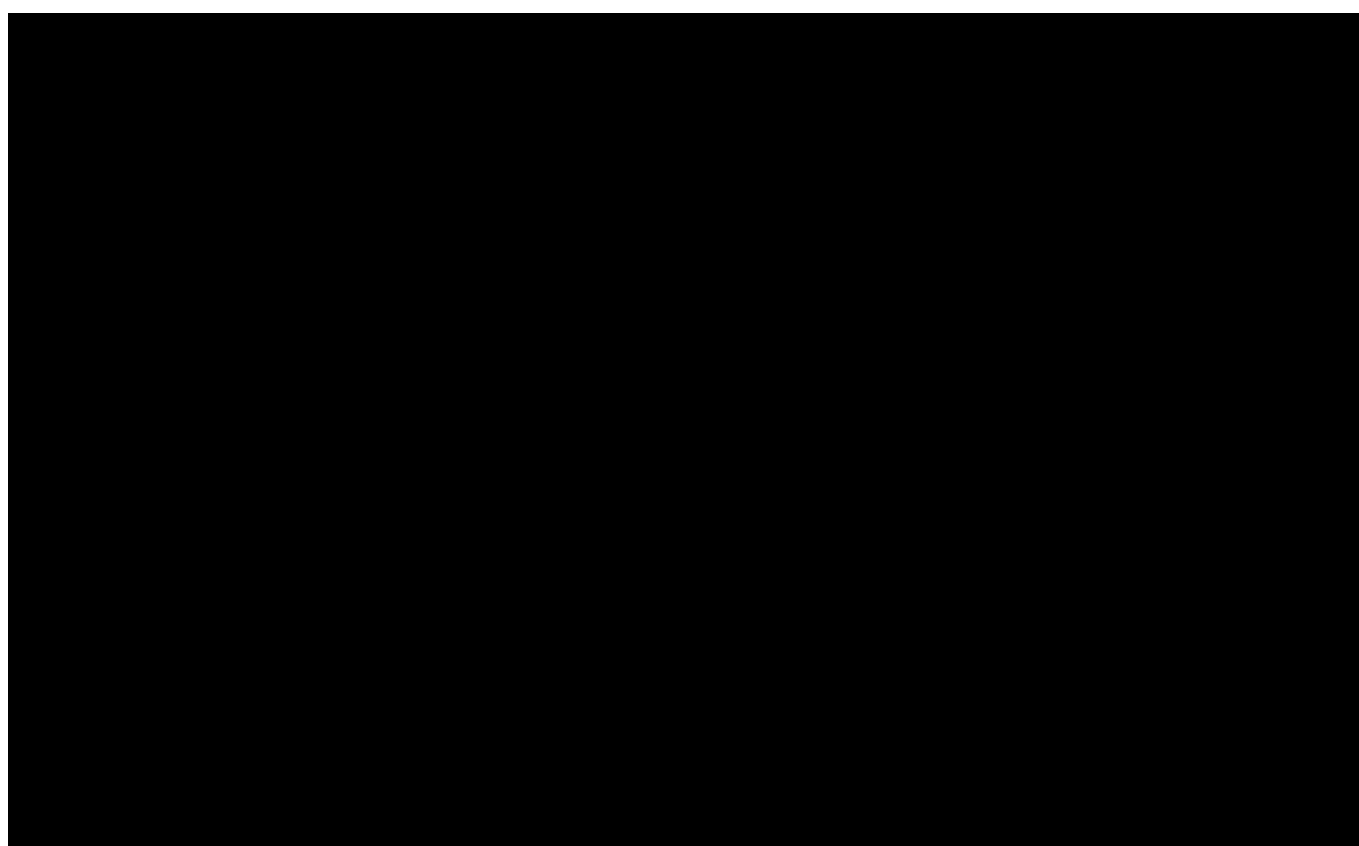
1. 환자의 현재 상태

- ☐ 고혈압 ☐ 저혈압 ☐ 당뇨병 ☐ 알레르기 ☐ 흡연 ☒ 특이소견없음
- ☐ 특이체질 ☐ 출혈소인
- ☐ 투약사고 ☐ 기도이상
- ☐ 수술력 ☐ 약물복용력
- ☐ 기타질환 (심장, 호흡기, 신장질환 등)

2. 설명사항

(1) 수술(시술, 검사)의 목적 및 효과

(2) 수술(시술, 검사) 과정 및 방법



(3) 발현 가능한 합병증(우유증)의 내용, 정도 및 대처방법

(4) 수술(시술, 검사) 관련 주의사항 (수술 후 건강관리에 필요한 사항)

(5) 수술(시술, 검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성

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

(수술(시술, 검사) 방법 및 범위 변경 ☐)

변경된 방법 및 범위:

사유:

)

(이 경우, 환자 또는 대리인에게 추가로 설명하여야 하는 사항이 있는 경우에는 수술(시술·검사)의 시행 전에 이에 대하여 설명하고 동의를 얻도록 합니다.

다만, 수술의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 수술방법의 변경 또는 수술 범위의 추가가 요구되는 경우에는 이에 따른 수술의 시행 후에 지체 없이 그 변경 또는 추가의 사유 및 수술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.)

(6) 주치의(집도의)의 변경 가능성

수술(시술, 검사) 과정에서 환자의 상태에 또는 의료기관의 사정(응급환자의 진료, 주치의(집도의)의 질병, 출산 등 일신상 사유, 기타 변경사유)에 따라 부득이하게 주치의(집도의)가 변경될 수 있습니다.

(주치의(집도의) 변경 ☐)

사유:

)

(이 경우 수술(시술·검사)의 시행 전에 환자 또는 대리인에게 구체적인 변경사유를 설명하고 서면동의를 얻도록 합니다.

다만, 수술의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 집도의의 변경이 요구되는 경우에는 이에 따른 수술의 시행 후에 지체 없이 구체적인 집도의의 변경 사유 및 수술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.)

(7) 기타사항

1) 예정된 의료행위가 시행되지 않았을 때의 결과

2) 시행 가능한 다른 치료방법 : ☒ 없음 ☐ 있음

나(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 목적·효과·과정·예상되는 합병증·후유증 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다. -----확인함 ☒

이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위의 설명으로 이해했음을 확인합니다. -----확인함 ☒

이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)에 협력하고, 이 동의서 제1조의 환자의 현재 상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)을 하는 데에 동의합니다. -----확인함 ☐

수술(시술·검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술·검사·마취·의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다. -----확인함 ☒

주치의(집도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다. -----확인함 ☒

본 치료방법의 수가 중 의료보험 요양급여 기준에 인정되지 않는 비급여부분은 본인이 전액 부담할 것을 동의합니다. -----확인함 ☒

2022년 10월 20일 10시 ~ 분

< 설명의사 >

* 이름 _____

서명 _____

< 환자 >

* 이름 _____

서명 _____

* 주민등록상의 생년월일: _____

* 집전화: _____

* 주소: _____

* 휴대전화: _____

< 보호자 또는 대리인 >

* 이름 _____

서명 _____

* 주민등록상의 생년월일: _____

* 집전화: _____

* 주소: _____

* 휴대전화: _____

* 환자와의 관계 _____

< 대리인이 서명하게 된 사유 > [근거 : 공정거래위원회 수술동의서 표준 약관]

- ☐ 환자의 신체, 정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
☐ 미성년자(만 19세 미만)로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함
☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함
 (이 경우, 별도의 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 함)
☐ 기타 _____

* 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(검사, 시술) 후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가비용을 청구할 수 있습니다.