

5. 주치의[집도의]의 변경 가능성

시술(시술·검사) 과정에서 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.

이 경우 시술의 시행 전에 환자 또는 대리인에게 구체적인 변경사유를 설명하고 서면동의를 얻도록 합니다.

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

6. 발생가능한 부작용(합병증, 후유증)/정도/대처 방법

- 1) 국소 마취제에 과민증이 있는 환자의 경우, 국소 마취제 사용으로 호흡 곤란, 두드러기부터 쇼크까지 올 수 있습니다.
- 2) 추가 설명

7. 시술 전, 후 환자 주의사항

- 1) 과거 국소 마취제에 부작용이 있었던 경우, 주치의에게 말씀하여 주십시오.
- 2) 시술 전 금식이 필요한 경우 금식을 반드시 지켜주시고 절대안정을 취합니다.
- 3) 약물을 복용 하는 자는 복용여부를 담당의에게 상담 합니다.
- 4) 시술 전 열감이 있을 경우 담당의에게 알립니다.
- 5) 시술 후 심한 통증이나 어지러움 구토가 있는 경우 담당의에게 알립니다.
- 6) 추가 설명

8. 시술을 시행하지 않을 경우 예상되는 결과

9. 시술 이외의 시행 가능한 다른 방법

X

나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

1. 나(또는 환자)에 대한 시술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 목적·효과·과정·예상되는 합병증·후유증 등에 대한 설명 (필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
2. 이 시술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 1의 설명으로 이해했음을 확인합니다
3. 이 시술(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 시술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)을 하는 데에 동의합니다.
4. 시술(시술·검사) 방법의 변경 또는 시술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 시술(시술·검사·마취·의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
5. 주치의(집도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 시술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.

▶ 환 자 명 : _____ (서명) 주민등록상의 생년월일 : _____ 연 락 처 : _____	▶ 설명의사 : _____ 연 락 처 : _____
---	---

▶ _____

• 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
- ☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함
(이 경우 별도의 위임계약을 본 동의서에 첨부하여야 합니다.)
- ☐ 응급상황
- ☐ 기타 : _____

▶ 동의서 작성 일시: 2021 년 03 월 14 일 15 시 29 분

※ 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 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.

칠 곡 경 북 대 학 교 병 원 장 귀 하

시술 동의서

1. 환자의 현재 상태

진 단 명 : 폐 덩이 NOS										
시 술 명 : ECMO										
시 술 의 사 : 장세용										
시 행 예 정 일 : 2021년 03월 14일										
심혈관질환	☐ 고·저혈압 ☐ 심근경색 ☐ 부정맥 ☐ 뇌경색 ☐ 뇌출혈 ☐ 기타(									☒ 해당없음
호흡기질환	☒ 호흡곤란 ☐ 결핵 ☐ 만성기관지염 ☐ 기타(									☐ 해당없음
대사질환	☐ 신장질환(부종 등) ☐ 당뇨병 ☐ 갑상선질환 ☐ 기타(									☒ 해당없음
특이체질	☐ 약물 부작용 ☐ 알레르기질환 ☐ 기타(									☒ 해당없음
혈액질환	☐ 출혈소인 ☐ 기타(									☒ 해당없음
복용약물	☐ 항혈전제 ☐ 아스피린 ☐ 기타약물(									☒ 해당없음
기도이상	☐ 수면무호흡증 ☐ 과거 마취시 합병증 ☐ 기타(									☒ 해당없음
개인 습관	흡연(☒ 유 ☐ 무)									
과거병력	☐ 상해전력 ☐ 마약사고 ☐ 수술 ☐ 기타(									☒ 해당없음

2. 목적 및 필요성(효과)

3. 시술 과정 및 방법, 시술 부위 및 추정 소요시간

4. 시술 방법의 변경 또는 시술 범위의 추가

시술 과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 시술 방법이 변경되거나 시술범위가 추가될 수 있습니다. 이 경우, 환자 또는 대리인에게 추가로 설명하여야 하는 사항이 있는 경우에는 시술의 시행 전에 이에 대하여 설명하고 동의를 얻도록 합니다.

다만, 시술의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 시술방법의 변경 또는 시술 범위의 추가가 요구되는 경우에는 이에 따른 시술의 시행 후에 지체 없이 그 변경 또는 추가의 사유 및 시술의 시행 결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.