

+20190822397513+


전북대학교병원
 CHONBUK NATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL

+20190822397513+

수술 동의서

등록번호	01661012	성명	손연숙	나이 / 성별	52/여
진료과		병동/병실	1082/24	주치의	임국진
진단명	(D169) Benign neoplasm of Bone and articular cartila				

1. 환자의 현재 상태

☞ 다음 병력을 체크 하십시오

참여 의료진	주치의 (집도의 1)	(이름: 윤선중)	전문의(전문과목: OS)	일반의(진료과목:)
	주치의 (집도의 2)	(이름:)	전문의(전문과목:)	일반의(진료과목:)
시행예정일		2019-08-23		
과거병력 (질병, 상해 전력)	☒ 유 ☐ 무 ☐ 미상	알레르기	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	
특이체질	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	당뇨병	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	
고혈압	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	마약사고	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	
복용약물	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	기도이상 유무	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	
흡연여부	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	출혈소인	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	
심장질환(심근경색증 등)	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	호흡기질환(기침, 가래 등)	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	
신장질환(부종 등)	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	기타		

귀하의 현재 상태는 허리 통증 이 추정, 진단됩니다.

2. 제안된 수술(시술 또는 검사)의 목적 / 효과

가. 수술명 : endoscopic sciatic n decompression <OG combine : Diagnostic laparoscopy>

나. 목적 / 효과

3. 제안된 수술(시술 또는 검사)의 과정, 방법 및 성공가능성

가. 수술(시술 또는 검사)의 과정/방법 :

 나. 성공의 가능성은 (☐99%이상, ☐90%이상, ☐80%이상, ☐60%이상, ☐50%미만, ☒환자상태에 따라 다를 수 있음)입니다.

4. 수술(시술) 전후 환자가 준수하여야 할 사항

가. 수술(시술) 전

- 1) 수술 전 자신의 병력을 정확히 알려주시고 수술 전에 끊어야 할 약물과 복용해야 할 약물은 의료진의 안내를 따라주시시오.
- 2) 수술 종류에 따라 수술 전날 저녁식사부터 혹은 밤 12시부터 물 포함 금식 유지하여 주시기 바랍니다.

나. 수술(시술) 후

- 1) 수술 후 합병증에 의한 증상이 발생하면 의료진에게 말씀해 주시기 바랍니다.

5. 수술(시술 또는 검사) 후 발생 가능한 합병증 및 후유증

가. 일반적인 문제

감염, 출혈, 쇼크, 사망

나. 그 외:

다. 마취 시 부가적으로 발생할 수 있는 위험

무기폐, 폐렴 등의 호흡기계 부작용.

혈압 저하, 쇼크 등의 심혈관계 부작용, 약물 과민 반응.

간기능 손상, 신기능 부전, 마비, 뇌손상, 사망.

전신마취의 경우 성대, 치아, 눈에 경증의 불편감 내지 손상을 줄 수 있음.

척추나 경막 외 마취 시 두통과 만성적 요통이 유발될 수 있음.

라. 수혈과 관련된 문제

수술 중 수혈이 필요할 수도 있습니다.

수혈 시 발생할 수 있는 부작용

마. 수술 후 중환자실 입실 및 인공 호흡기 치료 가능성

6. 이 수술(시술 또는 검사) 이외의 시행 가능한 다른 치료방법

비 수술적 치료

7. 치료를 받지 않았을 경우 발생 가능한 결과

가. 통증 지속

나. 합병증 발생

다. 주변 장기손상

8. 수술(시술 또는 검사)방법의 변경 또는 수술 범위의 추가 가능성

수술(시술·검사) 과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 수술(시술·검사) 방법이 변경되거나 수술범위가 추가될 수 있습니다

+20190822397513+

수술 동의서

+20190822397513+

01661012(손연숙)

9. 주치의(집도의)의 변경 가능성

수술(시술·검사) 과정에서 환자의 상태 또는 병원의 사정 (응급환자의 진료, 주치의(집도의)의 질병 등 일신상 사유, 기타 :)에 따라 부득이하게 주치의(집도의)가 변경될 수 있습니다.

나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

- ① 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.
- ② 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)로서 불가항력으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 ①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
- ③ 수술(시술·검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ④ 주치의(집도의)의 변경가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.

☒ 환자 ☐ 대리인(관계)

대리인이 서명하게 된 사유(※ 대리인 서명 시 체크 필수)

- ☐ 환자가 의사결정을 하기 힘든 신체적 쇠약 상태임
- ☐ 환자의 정신적 장애로 의사결정 능력이 부족함
- ☐ 환자가 미성년자임(만 18 세 이하)
- ☐ 내용 설명시 환자의 심신에 중대한 영향 우려
- ☐ 환자가 위임장을 통해 위임한 경우
- ☐ 기타 _____

환 자(대리인) 성명 :

명 : 

담당의사(설명의) 성명 :

명 : 

작성일 : 2019-08-22 15:21:25

전북대학교병원장 귀하

- * 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.



수술 동의서

등록번호	01661012	성명	손연숙	나이 / 성별	52/여
진료과		병동/병실	1081/05	주치의	양광균
진단명	(D169) Benign neoplasm of Bone and articular cartila				

1. 환자의 현재 상태

☞ 다음 병력을 체크 하십시오

참여 의료진	주치의 (집도의 1)	(이름: 윤선중)	전문의(전문과목: OS)	, 일반의(진료과목:)
	주치의 (집도의 2)	(이름:)	전문의(전문과목:)	, 일반의(진료과목:)
시행예정일		2019-09-03		

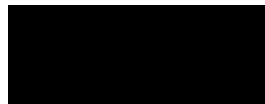
과거병력 (질병, 상해 전력)	☒ 유 ☐ 무 ☐ 미상	알레르기	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
특이체질	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	당뇨병	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
고혈압	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	마약사고	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
복용약물	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	기도이상 유무	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
흡연여부	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	출혈소인	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
심장질환(심근경색증 등)	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	호흡기질환(기침, 가래 등)	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
신장질환(부종 등)	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	기타	

 귀하의 현재 상태는 R10 DGS, Lt 이 추정, 진단됩니다.

2. 제안된 수술(시술 또는 검사)의 목적 /효과

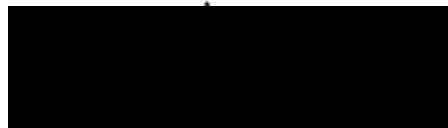
가. 수술명 : A/S, hip, Lt

나. 목적 / 효과



3. 제안된 수술(시술 또는 검사)의 과정, 방법 및 성공가능성

가. 수술(시술 또는 검사)의 과정/방법 :


 나. 성공의 가능성은 (☐99%이상, ☐90%이상, ☐80%이상, ☐60%이상, ☐50%미만, ☒환자상태에 따라 다를 수 있음)입니다.

4. 수술(시술) 전후 환자가 준수하여야 할 사항

가. 수술(시술) 전

- 1) 수술 전 자신의 병력을 정확히 알려주시고 수술 전에 끊어야 할 약물과 복용해야 할 약물은 의료진의 안내를 따라주십시오.
- 2) 수술 종류에 따라 수술 전날 저녁식사부터 혹은 밤 12시부터 물 포함 금식 유지하여 주시기 바랍니다.

나. 수술(시술) 후

- 1) 수술 후 합병증에 의한 증상이 발생하면 의료진에게 말씀해 주시기 바랍니다.

5. 수술(시술 또는 검사) 후 발생 가능한 합병증 및 후유증

가. 일반적인 문제

감염, 출혈, 쇼크, 사망

나. 그 외:

다. 마취 시 부가적으로 발생할 수 있는 위험

무기폐, 폐렴 등의 호흡기계 부작용.

혈압 저하, 쇼크 등의 심혈관계 부작용, 약물 과민 반응.

간기능 손상, 신기능 부전, 마비, 뇌손상, 사망.

전신마취의 경우 성대, 치아, 눈에 경증의 불편감 내지 손상을 줄 수 있음.

척추나 경막 외 마취 시 두통과 만성적 요통이 유발될 수 있음.

라. 수혈과 관련된 문제

수술 중 수혈이 필요할 수도 있습니다.

수혈 시 발생할 수 있는 부작용

마. 수술 후 중환자실 입실 및 인공 호흡기 치료 가능성

6. 이 수술(시술 또는 검사) 이외의 시행 가능한 다른 치료방법

비 수술적 치료

7. 치료를 받지 않았을 경우 발생 가능한 결과

가. 통증 지속

나. 합병증 발생

다. 주변 장기손상

8. 수술(시술 또는 검사)방법의 변경 또는 수술 범위의 추가 가능성

수술(시술·검사) 과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 수술(시술·검사) 방법이 변경되거나

수술범위가 추가될 수 있습니다

+20190902421299+

수술 동의서

+20190902421299+

01661012(손연숙)

9. 주치의(집도의)의 변경 가능성

수술(시술·검사) 과정에서 환자의 상태 또는 병원의 사정 (응급환자의 진료, 주치의(집도의)의 질병 등 일신상 사유, 기타 :)에 따라 부득이하게 주치의(집도의)가 변경될 수 있습니다.

나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

- ① 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.
- ② 이 수술(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 수술(시술·검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ④ 주치의(집도의)의 변경가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.

☒ 환자 ☐ 대리인(관계)

대리인이 서명하게 된 사유(※ 대리인 서명 시 체크 필수)

- ☐ 환자가 의사결정을 하기 힘든 신체적 쇠약 상태임
- ☐ 환자의 정신적 장애로 의사결정 능력이 부족함
- ☐ 환자가 미성년자임(만 18 세 이하)
- ☐ 내용 설명시 환자의 심신에 중대한 영향 우려
- ☐ 환자가 위임장을 통해 위임한 경우
- ☐ 기타 _____

환 자(대리인) 성명 :

명 :

담당의사(설명)의 성명 :

명 :

작성일 : 2019-09-02 13:38:54

전북대학교병원장 귀하

* 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.