다는 것을 충분히 이해하였습니다.

3. 따라서 **치료**에 적극적으로 협력할 것을 서명으로 서약하며 '환자의 질환상태 및 특이사항'에 대해 성실히 고지하며 이에 따른 의학적 처리를 담당의 판단에 위임하여 **치료**을 하는데 동의합니다.
4. 본인(또는 환자)은 치료 중 예정된 치료에 변동사항이 생길 경우 보호자에게 설명할 수 있음을 충분히 이해하였습니다.
5. 본 동의서에 대해 충분히 설명을 들었으며, 본인의 자발적인 이해에 근거하여 이 동의서에 서명합니다.

****환자명:** 전광일

■환자가 서명할 수 없는 경우

****대리인(환자의** 배우자 [redacted] 인

생년월일: [redacted]

연락처: [redacted]

**** 대리인이 서명하게 된 사유** □

☐ 환자가 의사결정을 하기 힘든 신체적, 정신적 상태인 경우

☐ 미성년자인 경우

☑ **동의서에 포함된 내용을 설명했을 시 환자의 심신에 중대한 영향을 미칠 것이 우려되는 경우**

☐ 환자 본인이 특정인에게 동의권을 위임하는 경우 (위임장과 신분증 사본 첨부)

☐ 기타

2019-12-02 13:51 (날짜 시간)

****중앙전문간호사** 김선미(A) 직원 전자서명으로 갈음함

****담당의사(설명의사)** 장희경 직원 전자서명으로 갈음함

* 의사의 상세한 설명은 여면지 또는 별지를 사용 할 수 있으며, 환자(또는 대리인)가 본 동의서 사본을 요청하는 경우 이를 교부합니다.

* 수술(또는 시술)후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가 비용을 지불할 수 있습니다.

강 원 대 학 교 병 원 장 귀하

항암화학요법 동의서

등록번호 [redacted] 성명: [redacted] 성별: 남 나이: 79세 생년월일: 1940-05-19 (날짜)

진단명	Lymphoma NOS	상병
수술·시술·검사명**	항암화학요법	
담당의	장희령 직원	시행예정일 2019-12-02 (날짜)

(** 표시는 필수기재 사항입니다.)

1. 환자 질환상태 및 특이사항 **

귀하께서는 (Lymphoma) 종양으로 진단되었으며 ( )등의 장기에 전이 되어 있는 상태로 병기는 ( )기 입니다

고 혈 압	○ 유	◉ 무	○ 미상	약물 중독	○ 유	◉ 무	○ 미상
심장질환	○ 유	◉ 무	○ 미상	호흡기질환	○ 유	◉ 무	○ 미상
알레르기	○ 유	◉ 무	○ 미상	출혈 소인	○ 유	◉ 무	○ 미상
특이 체질	○ 유	◉ 무	○ 미상	약물 사고	○ 유	◉ 무	○ 미상
당 뇨	○ 유	◉ 무	○ 미상	신부전	○ 유	◉ 무	○ 미상
기 타							

2. 항암화학요법의 목적 및 필요성 **

항암화학요법은 암을 치료하기 위해 약제(항암제)를 투여하는 것으로, 약제가 가지고 있는 고유한 특성에 의해서 암세포의 성장을 억제하고, 암세포를 사멸시키게 됩니다.

귀하는 (◉ 유도요법 / ○ 수술 전 선행 / ○ 수술 후 보조 / ○ 완화적) 항암화학요법을 받으심으로써 (◉ 완치 / ○ 종양크기를 줄이고, 수술가능 / ○ 재발위험경감 / ○ 생명연장, 증상완화) 같은 것들이 있습니다. 그러나 모든 환자에서 원하는 치료 효과를 100% 기대할 수는 없습니다.

3. 항암화학요법 방법 **

항암제 1	MTX(D1)	(☑ 정맥 ☐ 경구 ☐ 피하 ☐ 척수강내 ☐ 근육)투여
항암제 2	Vincristine(D1)	(☑ 정맥 ☐ 경구 ☐ 피하 ☐ 척수강내 ☐ 근육)투여
항암제 3	Procarbazine(D1~7) -1.3.5cycles	(☐ 정맥 ☑ 경구 ☐ 피하 ☐ 척수강내 ☐ 근육)투여
항암제 4		(☐ 정맥 ☐ 경구 ☐ 피하 ☐ 척수강내 ☐ 근육)투여
		(☐ 정맥 ☐ 경구 ☐ 피하 ☐ 척수강내 ☐ 근육)투여
치료 간격	2주간격	
추정소요시간		

4. 항암화학요법 과정 및 후에 발생할 수 있는 문제점 및 합병증 "

항암제 치료에 따른 부작용으로는 다음과 같습니다. 이러한 부작용은 개인에 따라 발생하지 않을 수도, 발생을 하더라도 정도의 차이가 있을 수 있습니다.

1) 골수기능저하(백혈구, 적혈구, 혈소판)로 감염증 발생의 위험, 빈혈, 출혈증상이 있을 수 있습니다.
2) 메스꺼움과 구토, 구내염, 설사와 변비 등의 소화기 부작용이 발생할 수 있습니다.
3) 모근세포의 손상으로 일시적으로 탈모가 발생할 수 있습니다.
4) 약제에 따라 손, 발끝이 저리거나 감각이 무뎌지는 말초신경병증이 발생할 수 있습니다.
5) 일부 항암제의 경우 피부 발진 및 피부색소 침착이 있을 수 있으며, 혈관 밖으로 누출되는 경우 피부에 손상을 주거나 피부괴사를 유발할 수 있습니다.
6) 드물게 약제에 대한 과민반응으로 얼굴이 붉어짐, 전신의 두드러기, 감기유사증상, 혈압강하, 호흡곤란, 쇽 등이 발생할 수 있습니다.
7) 약제의 종류 및 환자의 상태에 따라 간독성, 신장독성, 심장독성, 폐독성이 발생할 수 있습니다.
8) 약제에 따라 수년 후 혈액암 등의 이차암이 드물게 발생할 수 있습니다.

5. 항암화학요법 이외의 시행 가능한 다른 치료 방법 "

◉ 무 ○ 유 (□수술 □방사선치료 □면역요법 □그 외)

6. 항암화학요법을 하지 않는 경우의 예후 "

치료를 하지 않을 경우 병이 악화되거나 수술 후 재발 위험성이 증가할 수 있습니다. 이외에도 증상이 악화되거나 생존기간의 단축을 가져올 수 있습니다

7. 학술연구자료로서의 사용 "

본 치료(또는 검사) 결과는 학술 연구 자료로 이용될 수 있고 이때 익명성은 확실히 보장됩니다.

8. 항암화학요법으로 인한 주의사항 "

다음의 증상이 나타나면 반드시 병원으로 방문해 주십시오.

- 발열(38도 이상)
- 소변이나 대변에 피가 섞여서 나오는 경우
- 설사가 지속되는 경우
- 심한 구토로 음식 섭취가 불가능할 경우
- 주사 맞은 부위의 발적, 궤양, 수포 등이 발생했을 때

1. 본인(또는 환자)에 대한 **치료**의 목적 및 효과, 필요성, 과정 및 방법, 과정 중 발생 할 수 있는 문제점, 발생 가능한 합병증 및 후유증, 시행 가능한 다른 치료 방법, 치료를 하지 않을 경우의 예후, 대처 등에 대한 설명을 의사로부터 듣고 이해하였습니다.
2. 본 **치료**로서 불가항력으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이 체질로 우발적 사고가 일어날 수도 있

0000339520

Others-tumor removal 동의서

등록번호: [redacted] 성명: [redacted] 성별: M [redacted] 생년월일: 1940-05-19

진단명	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of central nervous system, unspecified		
수술·시술·검사명**	[redacted]		
참여의료진	주치의	[redacted]	☐ 전문의 (전문과목: [redacted]) ☐ 일반의 (진료과목:)
	집도의 1		☒ 전문의 (전문과목:) ☐ 일반의 (진료과목:)
	집도의 2		☐ 전문의 (전문과목:) ☐ 일반의 (진료과목:)
담당의		시행예정일	20[redacted] 년 / / 월 / / 일

(** 표시는 필수기재 사항입니다.)

1. 환자 질환상태 및 특이사항 **

두개내 뇌종양 의심 병변이 있으며 수술적 제거 및 조직검사를 필요로 함.

고혈압	☐ 유	☐ 무	☐ 미상	저혈압	☐ 유	☐ 무	☐ 미상
심장질환	☐ 유	☐ 무	☐ 미상	약물중독	☐ 유	☐ 무	☐ 미상
알레르기	☐ 유	☐ 무	☐ 미상	호흡기질환	☐ 유	☐ 무	☐ 미상
특이체질	☐ 유	☐ 무	☐ 미상	출혈소인	☐ 유	☐ 무	☐ 미상
당 뇨 병	☐ 유	☐ 무	☐ 미상	약물사고	☐ 유	☐ 무	☐ 미상
흡연여부	☐ 유	☐ 무	☐ 미상	기도이상 유무	☐ 유	☐ 무	☐ 미상
신장질환	☐ 유	☐ 무	☐ 미상	기타			

2. 수술(시술·검사)의 목적 및 필요성 **

종양 절제 및 감압과 신경학적 증상 완화.
종양조직 채취 및 조직검사를 통한 진단 확진.

3. 수술(시술·검사) 방법 **

개두술을 통한 두개골 절제 및 뇌막 절개 후 뇌항법(Navigation) MRI 의 종양 위치 유도 하에 해당 뇌종양 조직 채취.

4. 수술(시술·검사) 과정 및 후에 발생할 수 있는 문제점 및 합병증 **

1. 출혈:
(1)종양 자체 출혈: 뇌종양은 혈관이 풍부하며 혈관벽이 불완전하여 종양을 제거하는 도중 출혈이 많을 수 있다. 또한 수술 후 종양이 있던 자리에 출혈이 생길 수 있다.

0000339520

(2)뇌실질 출혈: 뇌견인 혹은 뇌혈관 손상으로 인해 출혈이 생길 수 있다. 출혈량이 많으면 응급으로 재수술 및 혈종제거수술을 할 수 있다.
(3)경막외 또는 경막하출혈: 뇌를 싸고 있는 경막을 기준으로 위 또는 아래에 피가 고일 수 있으며 출혈량이 많아 뇌를 압박할 경우 응급으로 혈종제거수술을 하는 경우도 있다.

2. **감염:** 모든 수술에는 감염 위험이 있으며 확률은 5% 정도이나 고령, 당뇨, 면역저하 환자에서는 이보다 확률이 높아질 수 있다. 피부 및 연조직 감염의 경우 약 2주간 항생제를 사용하며 뇌염, 뇌수막염, 뇌농양 등의 경우에는 약 4-6주 가량 장기간 입원 및 항생제 투여, 농양제거수술 등이 추가로 필요할 수 있다.

3. **뇌척수액 유출:** 수술뒤 뇌막을 다시 복원하나 원래만큼 되지 못하기 때문에 뇌척수액이 샐 수 있으며 이로 인해 상처가 붓고 감염이 생길 수 있다. 계속 해결이 되지 않는 경우 재수술 및 경막복원이 필요할 수 있다.

4. **뇌손상:** 종양의 위치에 따라 뇌견인 및 뇌조직 자극으로 인한 뇌손상과 이로 인한 신경학적 장애가 생길 수 있다. 병변이 있는 반대측의 반신마비, 감각저하, 언어장애, 기억장애, 감정조절 장애 및 성격의 변화, 시야결손 등이 생길 수 있으며 의식의 저하도 생길 수 있다.

5. **뇌부종 및 뇌경색, 뇌압상승:** 뇌수술 및 뇌견인으로 인해 주변 뇌조직의 경색과 뇌부종이 생길 수 있으며 뇌부종이 심할 경우 부종을 줄이는 약물치료를 할 수 있고 약물로 조절이 안될 경우 두개골 제거 및 경막성형술, 뇌엽절제술 등의 감압수술이 추가적으로 필요할 수 있다. 이 경우 혼수치료를 동반할 수 있다.

6. **재발 및 추가치료 필요성:** 양성종양의 경우 전절제가 원칙이나 주요부위(eloquent area)에 위치할 경우 전절제가 어려울 수 있다. 이 경우 잔여종양이 추후 재발할 수 있으며 이에 대한 수술적 치료, 방사선치료, 항암치료 등이 필요할 수 있다. 악성종양의 경우 수술현미경 하 종양의 전절제가 이루어져도 단기간 내 재발 가능성이 높아 수술 후 보조 항암화학 방사선치료를 받아야 한다.

7. **마취 합병증:** 마취 합병증으로 무기폐, 폐렴, 간기능, 심장기능 이상, 신장기능 저하가 올 수 있다. 일시적일 가능성이 높으나 기존의 내과 질환을 동반할 경우 지속적인 기능저하가 올 수 있다.

8. **사망 가능성**

5. 수술(시술·검사) 이외의 시행 가능한 다른 치료 방법 **

수술을 통한 조직검사 없이는 적절한 치료가 불가능함.

6. 수술(시술· 검사)을 하지 않는 경우의 예후 **

종양의 크기가 증가하여 종괴 효과로 인한 뇌부종, 뇌압상승을 일으킬 수 있다.

0000339520

7. 수술(시술·검사) 전·후 환자가 준수하여야 할 사항 **

[redacted]

1. 본인(또는 환자)에 대한 **수술(시술)**의 목적 및 효과, 필요성, 과정 및 방법, 과정 중 발생 할 수 있는 문제점, 발생 가능한 합병증 및 후유증, 시행 가능한 다른 치료 방법, 치료를 하지 않을 경우의 예후, 수술 전후 환자가 준수하여야 할 사항, 마취 등에 대한 설명을 의사로부터 듣고 이해하였습니다.
2. 본 **수술(시술)**로서 불가항력으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이 체질로 우발적 사고가 일어날 수도 있다는 것을 충분히 이해하였습니다.
3. 따라서 **수술(시술)**에 적극적으로 협력할 것을 서명으로 서약하며 '환자의 질환상태 및 특이사항'에 대해 성실히 고지하며 이에 따른 의학적 처리를 주치의 판단에 위임하여 **수술(시술)**을 하는데 동의합니다.
4. 본인(또는 환자)은 수술 중 **수술(시술)** 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 **수술(시술)**의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
5. 본 동의서에 대해 주치의(집도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 **수술(시술)**의 시행 전에 의사로부터 충분히 설명을 들었으며, 본인의 자발적인 이해에 근거하여 이 동의서에 서명합니다.

****환자명:** (서명 또는 날인)

■환자가 서명할 수 없는 경우

****대리인(환자의** [redacted]

생년월일: 000 [redacted]

연락처: 010-[redacted]-7064

**** 대리인이 서명하게 된 사유 □**

☑ 환자가 의사결정을 하기 힘든 신체적, 정신적 상태인 경우

□ 미성년자인 경우

□ 동의서에 포함된 내용을 설명했을 시 환자의 심신에 중대한 영향을 미칠 것이 우려되는 경우

□ 환자 본인이 특정인에게 동의권을 위임하는 경우 (위임장과 신분증 사본 첨부)

□ 기타

2019 년 11 월 10 일 15 시 13 분

****담당의사(설명의사)** [redacted] (서명 또는 날인)

* 수술(또는 시술)후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가 비용을 지불할 수 있습니다.