



내시경적 역행성 담도폐관 조영술 동의서

1. 환자의 현재 상태

진단명		내시경적 역행성 담도폐관 조영술(ERCP)	
수술, 시술, 검사명			
주치의 (필도의 1)	(이름: 김)	전문의(전문과목: 내과)	내시경의(진료과목: 내시경)
주치의 (필도의 2)	(이름:)	전문의(전문과목:)	내시경의(진료과목:)
시행 예정일		2018-06-25	
과거병력 (질병, 상해, 전력)	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	특이체질	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
알러르기	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	출혈소인	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
마약사고	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	심장질환(심근경색 등)	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
당뇨병	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	호흡기질환(기침, 가래 등)	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
고지혈증	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	기도이상 유무	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
신장질환(부종 등)	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	출연여부	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
복용약물	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	기타	

2. 목적 및 필요성

내시경적 역행성 담관 조영술 (이하 ERCP)은 X선 촬영 장치와 내시경 (촉시경) 을 이용하여 십이지장, 유두부 (ampulla of Vater), 담관 및 담낭, 췌관 등을 관찰하기 위한 검사입니다.

일반내시경과는 달리 촉시경내시경 렌즈가 옆으로 돌려 관강의 측면 관찰에 용이함) 으로 검사를 진행하여 십이지장까지 내시경을 삽입한 뒤 담관 혹은 췌관영역이 십이지장으로 노출되는 조그마한 구멍 (유두부) 을 육안으로 확인하고, 가느다란 관을 유두부를 통해 삽입하고 X선 촬영을 할 수 있는 약 (조영제) 을 넣은 다음 X선 촬영을 하여 췌관관의 모양을 투시하여 진단하는 검사입니다.

필요시 유두부를 절개하여 담석의 제거와 담관 폐쇄와 종양 등에서 조직검사 및 담관과 췌관의 벽 등 치료의 목적으로도 시행되는 검사이기도하며 일반적인 상부 소화관 내시경보다 시간도 더 걸리고 보다 숙련된 기술을 필요로 하는 검사입니다.

적응증

- 패색성 담관 질환이나 췌장질환의 진단 및 조직검사
- 담관 결석의 제거
- 담관염의 치료나 패색성 황달을 위한 담관의 배액
- 담관 (양이나 직장암, 천이 암) 에 의한 담관 폐쇄의 치료
- 담관 수술 후의 합병증 치료
- 선천성 이상에 의한 황달의 치료
- 담석으로 인한 췌장염의 치료
- 췌관 결석의 제거



▶ 나 (환자 또는 대리인) 은

1. 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)의 목적 및 필요성, 수술 과정 및 방법, 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 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
2. 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)로서 불가항력으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이 체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점 위 1의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
3. 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)에 협력하고, 이 동의서 1항의 환자의 현재 상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)을 하는 데에 동의합니다.
4. 수술(시술, 검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
5. 주치의(필도의)의 변경가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
6. 수술(검사, 시술) 후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가 비용을 청구할 수 있습니다.

나(환자 또는 대리인)는 위의 사항을 자발적인 이해에 근거하여 확인하고 동의합니다.

▶ 동의서 작성 일시: 2018년 06월 25일 14시 50분

▶ 환자 본인

· 성 명: (서명)

· 연락처:

▶ 설명 의사

· 성 명: Y

· 연락처: 8100

▶ 대리인 (환자의 관계):

· 성 명:

· 주 소:

· 연락처:

· 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(동의서 위임장 첨부)
- ☐ 기타:

※ 의사의 상세한 설명은 이면지 또는 별지를 사용할 수 있습니다.(이 동의서에 첨부함)

※ 환자 또는 대리인은 이 동의서 또는 별지 사본에 대한 고부를 요청할 수 있으며, 이 요청에 있을 경우 지체 없이 고부하도록 합니다. 단 동의서 또는 별지 사본 고부 시 소요되는 비용을 청구할 수 있습니다.

※ 배우자 및 직계존비속은 위임장 불필요

경북대학교병원장규하