

# 이하선 절제술 동의서

진단명	Mass, head		
수술/처치/검사	superficial parotidectomy		
참여 의료진		<input checked="" type="checkbox"/> 전문의(전문과목: 성형외과), <input type="checkbox"/> 일반의	
		<input type="checkbox"/> 전문의(전문과목: ), <input type="checkbox"/> 일반의(진료과목: )	
시행 예정일	2022년 09월 08일		

## 1. 환자의 현재 상태

- ☐ 고혈압    ☐ 저혈압    ☐ 당뇨병    ☐ 알레르기    ☐ 흡연    ☒ 흡연이소견없음  
☐ 목이제질    ☐ 출혈소인  
☐ 투약사고    ☐ 기도이상  
☐ 수습력    ☐ 약물복용력  
☐ 기타질환 (심장, 호흡기, 신장질환 등)

## 2. 설명사항

### (1) 수술(시술, 검사)의 목적 및 효과

이하선 절제술은 염증으로 인해 발열 통증이 있으며, 이하선 부위에 종괴(혹)이 만져질 때 이러한 증상을 일으키는 이하선의 병변을 제거할 뿐 아니라 조직검사를 통해 정확한진단을 하기 위해 시행하는 수술을 말합니다.

### (2) 수술(시술, 검사) 과정 및 방법

전신마취를 한 후 피부 주름을 따라 림프를 돌아 이개 후 부위에 곡선을 그리고 절개를 가한 후 피판을 박리하면서 이하선 종괴가 드러나면 안전신경의 분지를 찾아 이하선 조직에 절개를 가하면서 박리를 진행 한 후 배액관을 넣고 지혈과 세척 및 봉합을 시행 후 수술을 마치게 됩니다.



### (3) 발현 가능한 합병증(후유증)의 내용, 정도 및 대처방법

- 일시적 안면 신경 마비가 10~20%에서 나타날 수 있으며 영구적인 마비는 2~5% 에서 발생할 수 있어 6개월까지 경과 관찰해야 합니다.
- 승후 출혈, 혈종의 발생 가능성이 있습니다.
- 타액선 누공이 발생하여 다른 부위로 타액이 새거나 고일 수 있습니다.
- 프레이 증후군  
부교감 신경이 피하 층의 망상과 잘못된 신경 지배를 형성하여 음식을 섭취시 이하선 부위 피부에 열이 날 수 있습니다.
- 대개 신경 지배 부위의 감각저하 및 심한 통증이 생길 수 있습니다.

7) 수술 후 병변의 재발 가능성이 있습니다.

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

- 1) 전신마취인 경우에는 예정된 시간부터 금식을 하셔야 합니다.
- 2) 복용하고 있는 약이 있는 경우 사전에 담당 의사에게 투약 여부를 확인해야 합니다.
- 3) 수술 시간은 대략 2 시간 정도 걸리며 일주일 정도 입원치료 합니다.
- 4) 배액량이 줄면 배액관을 제거후 퇴원하게 됩니다.
- 5) 최종적인 조직검사 결과는 일주일 후에 나옵니다. 침샘종양의 경우, 세침흡입 및 생검술의 정확도가 60~70%로 낮아, 최종 조직검사 결과는 달라질 수 있습니다. 수술 후 최종 조직검사에서 양으로 나올 수 있습니다.
- 6) 양으로 진단된 경우 추가적인 수술, 방사선 치료 및 항암방사선 치료를 시행할 수 있습니다.

#### (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 일선성 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

이하선 종양의 경우 그 크기가 증가 할 수 있으며, 악성의 경우엔 치료가 지연 될 경우 전이가 될 수 있습니다.

##### 2) 시행 가능한 다른 치료방법 : ☐ 없음 ☒ 있음

수술 후 보조적 요법으로 방사선 치료 및 항암방사선 치료를 시행할 수 있습니다.



나(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 목적·효과·과정·예상되는 합병증·부유증 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 고지한 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 비급여 부분은 본인이 전액 부담할 것을 동의합니다. -----확인함 ☒

2022년 9월

< 설명의사 >

• 이름 \_\_\_\_\_

서명 \_\_\_\_\_

< 환자 >

• 이름 \_\_\_\_\_

• 주민등록번호 \_\_\_\_\_

• 주소: \_\_\_\_\_

< 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 못한

☐ 미성년자(만 19세 미만)로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못한

☐ 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 \_\_\_\_\_



본인은 본인이 받은 시술과 관련하여 사진과 동영상 등이 촬영된 사실을 알고 있습니다. 또한 본인과 관련된 사진과 동영상은 본인 및 다른 환자의 진단과 치료를 위한 자료로 소중히 사용될 것이며, 의학 발전에 유용하게 사용되기 위해 오직 학술 목적으로만 논문에 인용될 수 있음을 설명 받았습니다.

본인의 사진과 동영상들이 학회지 논문에 인용될 때는 본인의 성별과 나이, 수술 시기, 치료와 관련된 학술적 정보가 기술되고, 신체 부위 사진이 제시되지만 본인의 개인 식별이 가능한 어떠한 정보도 노출되지 않음을 설명 들었습니다.  
(단, 눈이 노출된 경우에 일부 신체 부위가 노출될 수 있으며, 안면 노출시 개인 식별이 어렵도록 처리됩니다.)

본인의 이러한 동의 여부와 앞으로 치료 과정에는 아무런 상관이 없으며, 의료진이 최선을 다해 본인을 치료하게 될 것이고 이러한 동의를 원하지 않더라도 의료진을 본인의 결정을 존중할 것임을 설명 들었습니다.

본인의 본 내용이 공공교육에 헌신할 수 있음을 알고 자발적으로 작성하였으며, 저작권과 사진 출판 및 용어에 대하여 충분히 이해하였습니다.

본인이 서명한 후에는 양도된 저작권은 무효화될 수 없으며, 서명 후 양도된 저작권은 서명한 순간부터 10년 후 소멸될 것임을 설명 들었습니다.

본인 ( 박성영 )는 위와 같이 본인의 의학 사진 및 동영상의 저작권을 담당의사 ( 박성영 )  
에게 위임합니다.