

코뼈골절 수술 동의서

진단명	Fracture of other site of mandible, closed		
수술/처치/검사			
참여 의료진	집도의1		■ 전문의(전문과목: 성형외과), □ 일반의
	집도의2		□ 전문의(전문과목:), □ 일반의(진료과목:)
시행 예정일			

1. 환자의 현재 상태

- ☐ 고혈압 ☐ 저혈압 ☐ 당뇨병 ☐ 알레르기 ☐ 흡연 ☒ 특이소견없음
- ☐ 특이체질 ☐ 출혈소인
- ☐ 투약사고 ☐ 기도이상
- ☐ 수술력 ☐ 약물복용력
- ☐ 기타질환 (심장, 호흡기, 신장질환 등)

2. 설명사항

(1) 수술(시술, 검사)의 목적 및 효과

- 귀하의 현재 상태 : 코뼈 골절이 있습니다.
- 코뼈 골절의 증상 : 바깥코의 부기, 동통, 코피, 코막힘, 일측출혈, 골절로 인한 마찰음, 변형, 코변형, 결막밑 출혈 등이 보일 수 있습니다.
- 코뼈 골절수술은 코 형태의 회복이 치료의 목적입니다.

(2) 수술(시술, 검사) 과정 및 방법

코뼈 조각이 제자리에서 벗어났거나 다른 형태의 변형이 생겼다면 간단히 검자로 코뼈를 맞추는 정복술이라는 수술이 필요합니다. 대부분이 사고로 인한 외상에 의한 경우가 많으며 코뼈의 변형과 함께 코 안의 기둥 구조인 비중격의 변형이 있는 경우가 많습니다. 코가 휘어 있으면 외관상으로도 부정적인 이미지를 주지만 코막힘 등으로 호흡에 영향을 주기 때문에 빠른 교정이 필요합니다. 단순히 변형되어 심하게 휘지 않은 경우에는 휘어나온 부분의 코뼈를 갈아주고 연골부위를 다듬어 준 후 단순 용비술을 하거나 피부를 약간 절개하고 코뼈의 골막 밑으로 인조뼈나 인공 삽입물을 삽입하므로 해결할 수 있습니다.

(3) 발현 가능한 합병증(후유증)의 내용, 정도 및 대처방법

코뼈 골절 후 정복시 코의 형태 및 비중격의 변형, 비 폐쇄, 비중격 연골의 괴사, 코안유착증, 뼈염, 냄새맡음 신경의 손상이 있을 수 있습니다. 수술 후 시일이 경과한 후 코의 변형이 발생하거나 비중격 만곡이 발생할 경우 추가적인 수술이 필요할 수도 있습니다.

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

목상조 주2

(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 일신상 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

뼈가 노출된 경우 염증에 의해 골수염이 올 수 있으며 코의 변형과 기능장애가 남을 수 있습니다.

2) 시행 가능한 다른 치료방법 : ■ 없음 ☐ 있음

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. -----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 ☐

지할 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 ☒

20 22년 5 월 28 일 (5 시) 분

< 설명의사 >

* 이름 _____

< 환자 >

* 이름 _____

* 주민등록상의 생년월일: 1982/

* 집전화:

* 주소:

* 휴대전화:

< 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 못함

☐ 미성년자(만 19세 미만)로서 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 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 함)

☐ 기타 _____

* 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 지체 없이 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.

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 받았습니 다.

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

20 22년 5월 25일 15시 30분

이 름 :

담당의 :