

수술 동의서

참여 의료진	집도의1 이름: [REDACTED]	[REDACTED] (전문/진료 과목: [REDACTED])
	집도의2 이름: _____	(전문/진료 과목: _____)

■ 현재의 환자상태

- 한글병명 : 상세불명의 폐렴
- 과거병력 및 질병 : ☐ 무 ☒ 유
☐ 고, 저혈압 ☐ 심장병 ☐ 당뇨병 ☐ 출혈소인 ☐ 알레르기 ☐ 약으로 인한 사고
☒ 기타 동풍, 폐렴, 외경색]

■ 한글 수술/시술/ 검사명:

■ 수술 전 환자 파악

- 현재 복용 중인 약물: ☐ 아스피린 ☒ 기타 항응고제 ☐ 고혈압 치료제 ☒ 기타
- 여성의 경우, ☐ 임신 가능성 ☐ 현재 생리 기간
- 기타 수술 과거력 :

■ 수술(시술, 검사)의 방법

전신마취, 후 변연 절제, 항상 세척 후 지연 봉합 및 피부 이식술
고려

■ 수술(시술, 검사)의 기대되는 이점(효과) 및 필요성

감염 호전, 배농 및 항상 회복

■ 수술(시술, 검사) 이외의 시행 가능한 다른 치료방법

없음.

■ 수술(시술, 검사) 후 발생 할 수 있는 위험 및 합병증

출혈, 괴사, 통증, 2차 감염, 운동 기능 저하

■ 수술(시술, 검사)을 실시하지 않을 경우 발생 가능한 결과

현상 유지 또는 감염 악화.

■ 수술(시술, 검사) 전후 환자가 준수하여야 할 사항

수술 부위 절대 안정. 문 닫지 않고 부목 유지

■ 수술 및 마취과정 중 발생할 수 있는 문제점

1. 일반적인 문제 : 감염, 출혈, 쇼크, 사망.
2. 그 외, _____
3. 수술 방법의 변경, 수술범위의 추가 및 집도의와의 변경 가능성
(다만, 수술의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 경우에는 수술 시행 후에 그 내용을 지체 없이 환자 또는 대리인에게 설명하도록 함.)

■ 수혈안내

• 수술 중 또는 수술 후 재원기간 동안 수혈이 필요할 수도 있습니다.

1. 방법: 건강한 타인으로부터 헌혈 받은 혈액 성분을 환자의 혈관 내로 주입한다.

2. 기대효과: 적혈구제제는 혈액량 보충, 빈혈교정, 산소운반기능, 회복, 혈소판제제는 혈소판 보충 및 지혈 효과, 혈장제제는 혈액응고인자 보충 및 지혈 등의 효과가 있다.

3. 치료대안: 급성 출혈의 경우 결정질 또는 콜로이드용액, 만성빈혈의 경우 철분제제 또는 혈구생성촉진인자(erythropoietin)를 투여할 수 있으나 활력징후 및 상태가 안정되지 못할 경우 대안이 없다. 또한 혈소판제제, 혈장제제를 대체할 치료방법은 없다.

4. 수혈의 위험: 혈액제제에 대한 철저한 검사를 시행하지만, 헌혈자가 질병을 가지고 있으나 증상이 나타나기 전인 잠복기인 상태에서 헌혈할 경우에는 수혈에 의한 **B형간염바이러스, C형간염바이러스, 후천성면역결핍증(에이즈) 바이러스**의 감염이 발생할 수 있으나 실제 감염가능성은 매우 낮다. 이외 **말라리아** 및 **매독** 등도 전염 가능하다.

5. 수혈부작용: 용혈, 오한, 발열, 오심, 구토, 안면홍조, 불안감, 두드러기, 알레르기, 호흡곤란, 급성 폐손상, 저혈압, 혈액량과부하, 저체온증, 전해질 독성, 철 과부하에 의한 심장, 간, 내분비 장애 등이 나타날 수 있다.

6. 수혈이 반드시 필요한 상태임에도 수혈을 실시하지 않을 경우 장기로의 산소공급이 부족해져 장기부전, 뇌손상, 심근손상 등이 발생할 수 있고, 이외에도 지속적인 출혈이나 감염 등이 발생할 수 있으며 심한 경우 사망에 이를 수 있다.

• 수혈제제 : ☒ 적혈구제제 ☒ 혈소판제제 ☒ 신선동결혈장 ☒ 동결침전제제 ☐ 해당없음

환자 본인과 보호자는 환자본인(또는 상기환자)에게 행하여질 수술/시술/수혈/검사의 필요성, 내용, 기대효과, 회복과정에 예상되는 합병증과 후유증 그리고 수술 방법의 변경, 수술범위의 추가 및 집도의 변경 가능성에 대하여 설명한 동의서를 읽었으며, 국민건강보험 요양급여가 적용되지 않는 비급여 진료행위 또는 약제, 치료재료 사용 가능성에 대하여 자세한 설명을 들었습니다.

<추가 검사 발생: 수술이나 검사 후보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가비용을 청구해야 하는 경우도 있음.>

의료진의 주의의무에 최선을 다했음에도 불가항력적으로 또는 환자의 특이체질로 인하여 합병증 또는 우발적 사고가 일어날 수도 있다는 것을 충분히 이해하였으므로, 수술/시술/수혈/검사 후의 합병증 및 후유증 발생의 가능성에도 불구하고 본 수술/시술/수혈/검사를 받을 것을 신청합니다. 아울러 이 수술/시술/수혈/검사에 따른 모든 지시사항을 충실히 이행하며 수술/시술/수혈/검사에 대하여 모든 의학적 처리를 병원과 주치의에게 위임합니다.

작성일시 : 2020-11-13

환자 본인 : 환자성명

☐ 대리인(환자의

(서명)

생년월일 :

연락처 :

※ 대리인이 서명하게 된 사유

☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함

☐ 환자의 신체, 정신적 장애로 인하여 수술에 대하여 이해하지 못할 것으로 판단됨

☐ 미성년자로서 수술에 대하여 이해하지 못할 것으로 판단됨

☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것으로 판단됨

☐ 응급상황

☐ 기타

설명 의사 성명:

동국대학교 일산병원장 귀하