



환자번호 : [REDACTED] 환자명 : [REDACTED] 시행예정일: 2022-01-05

3) 절제 부위의 가장자리와 가운데 기저부의 조직을 채취하여 조직 검사 (냉동생검)



20230829

0023

김명인

10488551

PS

OAP

→ 음성이면 상처 봉합

→ 양성이면 주변 조직 추가 절제

4) 상처 봉합 위해 국소 피판술

■ 수술(시술, 검사)의 기대되는 이점(효과) 및 필요성

1. 종양의 제거
2. 조직 검사를 통하여 종양의 양성 또는 악성 여부 판단
3. 양성이 경우 대개 추가 수술 필요하지 않음.
4. 악성 종양일 경우 주변 조직을 추가로 절제하거나, 전이 여부 등을 판단하기 위해 추가 검사가 필요함. 필요시 다른 과 진료를 동반할 수 있음

■ 수술(시술, 검사) 이외의 시행 가능한 다른 치료방법

없음.

■ 수술(시술, 검사) 후 발생 할 수 있는 위험 및 합병증

1. 수술 후 부종은 수술 후 약 2-3일 후 심해졌다가 이후 수 주간에 걸쳐 점점 사라집니다.
2. 감각 신경 손상, 운동 신경 손상, 혈관 손상 등의 가능성이 있으며 비대칭이 생길 수 있으며 혈종이나, 염증, 감염 등이 생기면 치료기간이 길어질 수 있습니다.
3. 수술 중 상황에 따라 수술 계획이 바뀔 수 있습니다. 기본적으로 환자 및 보호자의 동의 하에 수술 계획을 변경하지만, 불가피하게 수술 후 이를 설명할 수도 있습니다. 드물지만 추가 수술이 필요한 경우도 있습니다.
4. 육안상 완전히 절제된 종양의 경우에도 재발할 가능성은 항상 있습니다.
5. 비후성 반흔은 상처가 발생한 피부표면 위로 붉은 색조의 울퉁불퉁한 반흔 또는 흉(Scar) 조직이 발생한 것이며, 켈로이드는 비후성 반흔과는 달리 시간이 경과하여도 전혀 호전되지 않으며, 도리어 상처 자체의 크기보다 더욱 튀어 오르거나 색깔이 붉어지는 양상을 나타내는데, 정확한 원인은 알려져 있지 않습니다. 이는 수술 후 관리, 환자의 피부 체질과 연관된 것으로, 수술 전 예측이 어렵습니다.

■ 수술(시술, 검사)을 실시하지 않을 경우 발생 가능한 결과



20230829

0024

김명인

10488551

PS

OAP

현상 유지. 크기 증가. 악성 변화.

■ 수술(시술, 검사) 전후 환자가 준수하여야 할 사항

1. 종양은 주변부 혹은 원위부에 재발할 가능성이 있으며 필요에 따라 검사 및 재수술이 필요할 수 있습니다. 수술 후 주변 혹은 다른 부위에 유사한 멍울이 만져지는 경우 재내원하여 주십시오.
2. 감염을 방지하기 위하여 수술부위에 땀이나 물이 닿지 않도록 조심하여 주십시오.
3. 수술부위에 물리적 충격이 가지 않도록 안정 취하시기 바랍니다.
4. 예방적 항생제 및 진통소염제를 지시에 따라 복용하십시오.

■ 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.)

환자 본인과 보호자는 환자본인(또는 상기환자)에게 행하여질 수술/시술/검사의 필요성, 내용, 기대효과, 회복과정에 예상되는 합병증과 후유증 그리고 수술 방법의 변경, 수술범위의 추가 및 집도의 변경 가능성에 대하여 설명한 동의서를 읽고 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/검사 후의 합병증 및 후유증 발생의 가능성에도 불구하고 본 수술/시술/검사를 받을 것을 신청합니다. 아울러 이 수술/시술/검사에 따른 모든 지시사항을 충실히 이행하며 수술/시술/검사에 대하여 모든 의학적 처리를



20230829

0025

김명인

10488551

PS

OAP

병원과 주치의에게 위임합니다.

작성일시 : 2022-01-04

환자 본인 :

☐ 대리인(환자의

)

성명 :

(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