

역행성 헤담관 내시경 시술 동의서	등록번호	
	성명	
	성별/나이	
	진료과	

1. 환자의 현재 상태

진단명		
시술명		
시행예정일		
참여 의료진	집도의1: 조은애	☒ 전문의(전문과목: 소화기내과) ☐ 일반의(진료과목:)
	집도의2:	☐ 전문의(전문과목:) ☐ 일반의(진료과목:)

* 수술(시술)참여 집도의가 다수인 경우 모두 기재해 주시기 바랍니다.

과거병력 (질병-상해-전력)	☒ 유 ☐ 무 ☐ 미상	특이체질	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
알레르기	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	출혈소인	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
마약사고	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	심장질환 (심근경색증, 부정맥 등)	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
당뇨병	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	호흡기질환(천식, 감기 등)	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
고·저혈압	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	기도이상 유무	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
뇌혈관질환	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	간경변	☒ 유 ☐ 무 ☐ 미상
신장질환	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	전립선비대	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
흡연여부	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상	녹내장	☐ 유 ☒ 무 ☐ 미상
복부수술력	☒ 유 ☐ 무 ☐ 미상	임신 및 수유	☐ 임신 ☐ 수유
기타			
복용약물			
항혈소판제/항응고제	☐ 예 ☒ 아니오	인슐린/경구혈당강화제	☐ 예 ☒ 아니오
☐ 아스피린 ☐ 클로피도그렐 ☐ 항응고제 ☐ 기타		항우울제/진정제	☐ 예 ☒ 아니오
상기 약물을 중지하였습니까?	☐ 예 ()일전 ☐ 아니오	기타 약제	☐ 예 ☒ 아니오

2. 시술의 목적 및 효과

역행성 헤담관내시경은 내시경과 방사선을 이용한 검시로, 담석증, 췌장암, 담관암, 황달 등의 췌담관계 질환의 진단에 이용되는 중요한 시술입니다. 이러한 진단적 목적 이외에도 췌담관계의 여러 가지 질병에 대해 담석 제거, 담관배액, 스텐트 삽입 등 치료적인 목적에도 널리 이용되고 있습니다.

3. 시술의 과정, 방법, 추정 소요시간 및 성공가능성

물약을 이용하여 목젓을 마취 후 배측외위(바나에 옆드린 자세)에서 구강을 통하여 내시경을 삽입하고 신도의
 (신)을 지나 십이지장까지 도달한 후 십이지장의 유두부라고 하는 작은 구멍을 통하여 췌관과 담관(췌관)을 주
 입하여 담관주영술을 합니다. 필요에 따라서 바스켓(바스켓)을 이용하여 담석 제거, 조직검사, 배액술, 스텐트
 삽입 등의 치료적 시술을 합니다.

검사 또는 시술에 소요되는 시간은 20분 2시간 정도이며 성공 가능성은 환자의 상태에 따라 다를 수 있습니다.



4. 시술 중 후 발생할 수 있는 문제점 (회복과 관련된 문제점)

본 검사는 췌담관계 질환의 진단과 치료에 도움을 줄 수 있는 중요한 시술이지만 시술과 연관되어 여러 가지 합병증이 발생할 수 있습니다. 담관이나 췌관이 구조적 혹은 기능적 이상이 있는 경우에는 5~10%에서 검사를 실패할 수 있습니다. 검사에서 실패할 경우, 수술적 치료를 해야 할 경우도 있습니다. 또한 약 5%에서 출혈, 천공, 시술 후 췌장염, 담관염 및 드물게는 이로 인한 사망 등의 부작용이 발생할 수 있습니다. 또한 드물게 치아 손상이 발생할 수 있습니다. 시술로 인한 부작용(출혈, 천공 등)이 있을 경우 내시경적 치료를 시도해 볼 수 있으나 드물게 수술적 치료가 필요한 경우도 있습니다. 빈수면 상태에서 시술하기 때문에 권역제 사용으로 인한 약분과민반응 및(호흡, 구토, 음인성 폐렴, 질식 등) 부작용이 발생할 수 있고, 아주 드물게 사망하는 경우도 있습니다.

기본적으로 본 검사는 내시경을 이용한 시술이므로 내시경 시술에 기본적인 요건 (적절한 금식, 환자가 흡주 등)이 충족되지 않거나, 유두부 접근을 위한 십이지장 진입이 불가능 한 경우 (해부학적 구조 이상, 협착 등), 불
 인정환자의 상태로 합병증의 위험도가 큰 경우 진단적 내시경 검사로만 시술을 종료하게 될 수 있습니다.

위의 내용에 대해 충분한 설명을 듣고 이해하였으며, 동의합니다. ☒ 예 ☐ 아니오

5. 시행 가능한 다른 치료방법

췌담관계 질환의 진단을 위해서는 자기공명 췌담관주영술을 시행할 수는 있으나, 조직검사 및 치료적 시술은
 시행할 수 없습니다. 역행성 췌담관 내시경을 이용하여 담도 배액을 시행하지 못한다면, 수술적 처치나, 췌내담
 관이 확장되어 있는 경우 경피적 담도배액술을 시행할 수 있습니다.

6. 치료를 하지 않을 경우 예후

폐쇄성 황달이 발생한 경우, 내시경적 혹은 경피적 담도배액술을 통한 적절한 배액이 이루어지지 않는다면 황
 달의 악화군 인한 가려움, 간기능의 악화, 담도계 감염으로 인한 패혈증이 발생할 수 있고 심한 경우 사망에 이
 達할 수 있습니다.

7. 시술 방법의 변경 또는 시술범위의 추가 가능성

수술(시술·검사) 과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 수술(시술·검사) 방법이 변경되거나 수술범위가 추가될 수 있습니다. 또한, 당원내 초음파검사를 추가 시행하게 될 수 있으며, 이로 인한 추가적인 비용이 발생할 수 있습니다.

8. 주치의(집도의) 변경 가능성

수술(시술·검사) 과정에서 환자의 상태 또는 의료기관의 사정(응급환자의 진료, 주치의(집도의)의 질병·출산 등 일신상 사유, 기타 변경사유:)에 따라 부득이하게 주치의(집도의)가 변경될 수 있습니다.

9. 수술(시술·검사) 등 전후 환자가 준수하여야 할 사항

가. 금식

- 검사 전날 저녁식사 후부터 금식을 하여 위와 십이지장을 깨끗이 비운 상태에서 검사하게 됩니다. 금식으로 인한 탈수와 영양장애를 예방하기 위하여 오븐पाल에 수액주사를 맞게 됩니다.
- 검사일로 오시기 전에 반드시 브레지어를 포함한 모든 옷을 벗으시고 한자복으로 갈아입으셔야하며 몸에 부착된 모든 금속제품(시계, 반지, 목걸이, 등)을 제거하셔야 합니다.

나. 식사

- 시술 후에는 보통 24시간 정도의 금식이 필요하며, 금식기간은 환자의 상태에 따라 달라지므로 반드시 담당선생님의 지시에 따르셔야 합니다.

다. 주의사항

▼ 다음 증상이 발생하면 간호사실로 알릴주세요.

- 1) 복통이 지속되거나 심해지는 경우
- 2) 토혈, 혈변, 구변이 있거나 실선, 어지럼증 등의 출혈증상이 있는 경우
- 3) 열이 오르거나 호흡장애가 있는 경우

▼ 시술 후에 과격한 운동을 하거나 팔을 주는 것, 구역, 구토 등은 출혈이나 천공 등의 합병증을 유발할 수 있으므로 피해야 합니다.

▼ 신경 상태로 치료를 받으셨습니다. 시술 당일은 안정이 필요합니다.

리. 기타

- 시술 후에는 내시경 검사를 다시 시행하여 시술부위의 확인, 합병증 유부의 확인, 추가적인 시술의 필요성 여부를 판단하기도 합니다.
- 시술 후 심한 출혈, 천공, 검사에 실패할 경우 등에서는 개복수술이 필요할 수도 있습니다.
- 검사 후 귀 밑 이하선 부위에 약간의 통증이 있으면 시 부어오르는 경우가 있는데 5-6시간 이후에 자연히 가라앉으며 회복이 됩니다.

10. 기타

[환자에 대한 의사의 설명 확인 및 동의 조항]

나는 다음이 사항을 확인하고 동의합니다.

- ① 나(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 목적·효과·과정·예상되는 합병증·부유증 등에 대한 설명(필요시 번지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ② 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이제질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 ①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
- ③ 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)에 협력하고, 이 동에서 제1주에 환자가 현재 상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)을 하는 데에 동의합니다.
- ④ 수술(시술·검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술·검사·마취·의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑤ 주치의(집노의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전 의사로부터 들었음을 확인합니다.

2022년 08월 21일 16시 27분

환자	성명		
	생년월일		
	연락처		
	주소		
보호자(대리인)가 서명하게 된 사유 (해당 사항에 체크하세요)			
☐ 환자의 신체·정신적 장애로 의사결정 불가 ☐ 환자가 미성년자임(만 19세 미만) ☐ 환자의 심신에 중대한 영향이 있어 보호자가 원함 ☐ 환자가 특정인에게 위임함(위임계약서 필요)			
보호자(대리인) (환자와의 관계 :)	성명		
	생년월일		
	연락처		
담당의사(설명 의사)	성명		

전남대학교병원장 귀하

- * 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 소용되는 비용을 청구할 수 있습니다.
- * 수술(검사, 시술) 후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가 비용을 청구할 수 있습니다.