

시술 / 검사 동의서

등록번호 [REDACTED]

성명 [REDACTED] 성별 **M**

주민등록번호 [REDACTED] 나이 **50** 세

진료과 **H0**

시술전 진단명 : [REDACTED]

예정 시술/검사명 : **위내시경**

시술의사 : [REDACTED]

설명 의사 : [REDACTED]

환자의 현재 상태 (검사결과 및 환자의 고지에 따라 유/무/미상에 체크)	기왕력 (질병/상해 전력)	유() / 무 / 미상	알레르기	유() / 무 / 미상
	특이체질	유() / 무 / 미상	당뇨병	유() / 무 / 미상
	고 / 저혈압	유() / 무 / 미상	마약사고	유() / 무 / 미상
	복용 약물	유() / 무 / 미상	기도이상유무	유() / 무 / 미상
	흡연여부	유() / 무 / 미상	출혈소인	유() / 무 / 미상
	심장질환 (심근경색증 등)	유() / 무 / 미상	호흡기질환 (기침/가래등)	유() / 무 / 미상

시술 / 검사의 목적 및 필요성, 장/단점

위내시경 검사는 우리나라에서 가장 흔한 암인 위암의 선별 검사로 가장 유용한 검사입니다. 이 외에도 궤양성 질환(위궤양, 십이지장궤양), 역류성 식도염, 위염등 식도 및 위장관 질환의 진단과 치료 목적으로 시행되고 있습니다. 위내시경은 육안적으로 병변의 확인이 가능할 뿐만 아니라 겸자를 이용하여 조직을 채취함으로써 조직병리학적 검사도 가능하여 매우 유용한 검사라 할수 있습니다..

시술 / 검사 과정 및 방법

좌측 옆으로 누운 상태에서 시술을 시작합니다. 내시경이 구강을 통해 식도, 위 및 십이지장까지 삽입되며 이후 장관내를 세밀하게 관찰하게 됩니다. 병변이 없는 경우, 시술 시간은 대략 5-7분 정도이나 병변이 발견되어 조직 검사가 필요하거나 용종절제술 등을 실시할 경우 시간이 더 길어질 수도 있습니다. 검사 중 호흡곤란, 저산소증, 빈맥, 부정맥 등이 발생할 수 있으나 대개 특별한 조치없이 호전됩니다. 매우 드물게 호흡곤란과 심정지로 생명이 위협받은 경우가 발생할 수도있으며, 과민반응에 의한 응급 조치가 필요한 경우도 있습니다.

발현가능한 합병증[후유증]의 내용, 정도 및 대처방법	시술 중에 공기를 주입하면서 위가 팽창하거나 내시경에 의해 장간막이 신전될 경우 불편감이나 통증을 느끼실 수 있습니다. 그러나 이는 일시적인 것으로 심각한 후유증을 동반하지는 않습니다. 중요한 합병증으로 천공 및 출혈들이 있으나 매우 드문 것으로 보고 되고있습니다. (각0.02%)
시술/ 검사 후 주의사항	식사는 검사 후 30분~1시간 이후에 부드러운 음식으로 하시는 것이 좋으며, 조직 검사 및 내시경적 시술을 받은 경우는 금식이 필요할 수 있습니다. 치아 손상의 위험이 있는 경우는 내시경검사 전 치료진료를 먼저 합니다(앞니가 약하여 흔들리거나 부러질 수 있는 경우, 임시적으로 붙힌 치아). 검사전 의치는 제거 합니다. 시술 중 조직 검사를 시행한 경우 출혈이 발생할 수 있으므로 평소 투약 중일 약제에 대해 미리 상의해 주시고 검사 후 토혈이나 흑색변이 발생할 경우 의료진에게 문의하셔야 합니다.
시술/검사 방법 변경 및 시술/검사 범위 추가 가능성	특이 병변이 발견되며 헬리코박터균 검사 및 조직검사, 혹은 용종절제술을 시행할 수 있으며, 내시경 초음파 등의 추가 검사를 요할 수도 있습니다. 협착 등으로 인해 내시경 진입이 불가능 한 경우에는 복부 컴퓨터 단층촬영(CT), 혹은 위장관 조영술 등이 필요할 수 있습니다. 경우에 따라 추후에 추적 내시경 검사가 필요한 경우가 있으므로 내시경 검사를 여러번 시행 할 수 있습니다.
시술/ 검사 이외에 시행가능한 다른방법	75세 이상 고령자, 심장 및 폐질환, 간과 신장 질환이 있는 분, 평소 심한 코골이가 있는 분은 시술 전 담당 의사와 상의 후 시행 여부를 결정하며, 계란, 콩 등에 알레르기가 있는 분은 반드시 시술전 의료진에게 알려셔야 합니다.
시술/ 검사 받지 않았을 때의 결과	질병의 조기진단 및 정확한 진단이 이루어 지지 않아, 질병에 대한 신속하고 적절한 치료가 이루어지지 않을 수 있습니다.

본인(또는환자)에 대한 시술/검사의 목적 및 효과, 과정 및 방법, 예상되는 합병증, 후유증, 시술/검사 이외 시행 가능한 다른 치료방법, 시행하지 않을 경우의 예후 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 듣고 이해하였으며, 본 시술/검사로써 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 일어날 수도 있다는 것을 사전 설명으로 충분히 이해하고 시술/검사에 협력할 것을 서약합니다. 또한 시술/검사 중 예정된 시술/검사에 변동사항이 생길 경우 보호자에게 설명할 수 있음을 이해하였습니다. 본인(또는환자)의 현재상태'에 대해 성실히 고지하며 이에 따른 의학적 처리를 주치의 판단에 위임하여 시술/검사를 하는데 동의합니다.

환자 : [REDACTED] 2014 년 06 월 02 일 18 시

보호자 및 법정대리인(환자의) : (서명) 년 월 일 시

생년월일 :

주소 : 전화번호 : [REDACTED]

대리인이 서명하게 된 사유

- ☐ 환자의 신체 / 정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
- ☐ 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
- ☐ 설명하는것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함
- ☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함
- (이 경우 별도의 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 합니다.)
- ☐ 기타 ()

계명대학교 동산병원장 귀하

출력번호-599231