

수술 동의서

등록번호	6767	환자명	김민준
수술명	하트만 수술		
나이/성별		시행예정일	2025-06-29
진단명	Sigmoid colon perforation		
수술부위표시	R	수술부위	좌측

※ 참여 의료진

집도의	전문의여부	진료과목
서원	전문의	외과

1. 환자 상태 및 특이사항

과거병력	false	당뇨병	false
흡연유무	false	고혈압	false
알레르기	false	저혈압	false
기도이상	false	심혈관질환	true
호흡기질환	false	혈액응고 관련 질환	false
복용약물	false	신장질환	false
마약복용 혹은 약물사고	false	기타	없음

※ 기타

없음

2. 예정된 수술을 하지 않을 경우의 예후

3. 예정된 수술 이외의 시행 가능한 다른 방법

4. 수술의 목적/필요성/효과

5. 수술의 방법 및 내용

1) 수술 과정 전반에 대한 설명

2) 수술 추정 소요시간

3) 수술 변경 및 수술 추가 가능성

수술/시술/검사과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 수술/시술/검사방법이 변경되거나 수술/시술/

검사범위가 추가될 수 있습니다.

이 경우, 환자 또는 대리인에게 추가로 설명하여야 하는 사항이 있는 경우에는 수술/시술/검사의 시행 전에 이에 대하여 설명하고 동의를 얻도록 합니다.

다만, 수술/시술/검사의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 변경 또는 추가가 요구되는 경우에는

시행 후에 지체 없이 그 사유 및 결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.

4) 수혈 가능성

5) 진단/수술 관련 사망 위험성

위에 기재된 참여 의료진이 있는 경우 수술/시술/검사과정에서 환자의 상태 또는 의료기관의 사정(응급환자 진료, 주치의의 질병·출장 등)에 따라

부득이하게 주치의(집도의)가 변경될 수 있습니다. 이 경우 시행 전에 환자 또는 대리인에게 구체적인 변경사유를 설명하고 동의를 얻을 예정입니다.

다만, 시행 도중에 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 변경이 요구되는 경우에는 시행 후에

지체 없이 구체적인 변경 사유 및 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.

6. 발생 가능한 합병증/후유증/부작용

7. 문제 발생시 조치사항

8. 진단/수술 관련 사망 위험성

수술 동의서 확인

아래 내용을 읽고 동의해 주세요.

1. 나는 수술/시술/검사의 목적, 효과, 과정, 예상되는 위험에 대해 설명을 들었습니다.
2. 궁금한 점을 의료진에게 질문할 수 있었고, 충분히 생각할 시간을 가졌습니다.
3. 예상치 못한 합병증이나 사고가 생길 수 있음을 이해합니다.
4. 수술/시술/검사에 협조하고, 내 상태를 정확히 알릴 것을 약속합니다.
5. 수술 방법이나 범위가 바뀔 수 있다는 설명을 들었습니다.
6. 담당의사가 바뀔 수 있다는 설명을 들었습니다.
7. 일정이 바뀔 수 있음을 이해합니다.

추가 정보/서명란 (필요시 담당의 입력)