

수면내시경 동의서

등 록 번 호 :

성 명 : 주민등록번호 :

성 별 / 나 이 :

수면 내시경은 시술 중 나타나는 불안감과 헛구역질과 기도 흡인에 의한 기침 인후통 등으로 인한 고통을 경감시키고자 시행되고 있으나 합병증이 올 수 있으므로 피시술자의 동의가 필요합니다. 올 수 있는 합병증으로는 호흡기능의 저하로 인한 저산소증으로 심한 경우엔 사망에 이르는 비율은 1000명당 0.3명이며 특히 노약자는 심장질환, 비만 합병증의 병발 빈도가 증가합니다. 저혈압이 2.1%에서 발생 할 수 있으며 진정제 투여로 인한 심폐합병증으로 폐렴, 흡인성 폐렴, 심근경색증이 1000명당 5.4명 비율로 발생 할 수 있습니다. 또한 5% 정도에서 진정제 투여 후 무의식적인 행동 (시술 중 일어서려 하거나 내시경을 빼내려는 행동)으로 인한 부상이나 기구 손상을 초래 할 수도 있습니다. 일반 내시경을 시행하는 경우 상기 위험 인자를 줄일 수 있으며 더 안전합니다.

* 의치는 반드시 빼서 본인이 보관하시오 브릿지 등 흔들리는 치아는 빠질 수 있습니다.

* 검사 당일 운전을 금합니다. (사고 시 책임 지지 않습니다)

- 본인은 수면내시경 시 발생 할 수 있는 상기 합병증에 대해 읽었으며 수면 내시경을 위한 진정제 사용에 동의합니다.
- 질병의 정확한 진단을 위하여 본 검사를 받을 것을 동의합니다.

20 년 월 일

환 자 서명 : (인)

보호자 서명 : (인)