

양영준

진료기록 열람 및 사본발급 동의서

환자 본인	성 명	연락처
	생년월일	
	주 소	
신청인	성 명	환자와의 관계
	생년월일	연락처
	주 소	
열람 및 사본 발급 범위	의료기관 명칭	
	진료기간	
	발급 사유	
	발급 범위 (환자 본인이 직접 작성합니다)	
	예시) 진료기록부 사본, 처방전 사본, 수술기록 사본, 검사내용 및 검사 소견기록의 사본, 방사선 사진(영상물 포함), 간호기록부 사본, 조산기록부 사본, 진단서 사본, 사망진단서 또는 시체검안서 사본 등	

본인(또는 법정대리인)은 위에 적은 신청인()이 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.

년 월 일

본인(또는 법정대리인) (자필서명)

마취 동의서

검사명 : 마취 동의서서

1. 환자의 현재 상태(검사결과 및 환자의 고지에 따라 유/무/미상으로 나누어 기재)

안전한 마취를 위해 앓고 있는 질환, 복용하는 약물, 혹은 특이 체질이 있다면 말씀해 주십시오. 과거 마취 혹은 수술 경험이 있거나 당시 특별한 일이 있었다면 말씀해주십시오.

진단명			
수술, 시술, 검사명			
마취 종류			<input type="checkbox"/> 전신마취 <input type="checkbox"/> 부위/척추/경막외마취 <input type="checkbox"/> 감시하 전신마취 (MAC, 수면마취, 의식하진정)
마취의			<input type="checkbox"/> 전문의(전문과목:), <input type="checkbox"/> 일반의(진료과목:) 이름:
참여 의료진	주치의 (집도의 1)	(이름:)	<input type="checkbox"/> 전문의(전문과목:), <input type="checkbox"/> 일반의(진료과목:)
	주치의 (집도의 2)	(이름:)	<input type="checkbox"/> 전문의(전문과목:), <input type="checkbox"/> 일반의(진료과목:)
시행예정일			
수술 부위			(좌 / 우 / 양측) 부위:
과거병력 (질병.상해 전력)		알레르기	
특이체질		당뇨병	
고 . 저혈압		마약사고	
복용약물		기도이상 유무	

마취 동의서

흡연여부		출혈소인	
심장질환 (심근경색증 등)		호흡기질환 (기침.가래 등)	
신장질환 (부종 등)		기타	

* 수술참여 집도의가 다수인 경우 모두 기재해 주시기 바랍니다.

* 주치의(집도의1,2) 기재란 기재요령: 주치의(집도의 1) 항목에는 환자의 주치의(집도의) 정보를 기재, 주치의(집도의 2) 항목에는 당해 수술·시술 등에 있어 주치의(집도의 1) 이외에 추가적으로 주치의의 역할(주된 수술역할 등)을 담당하는 의사가 있는 경우에 한하여 작성

* 설명 내용 중 이해가 되지 않는 부분이 있다면 설명 의료진에게 추가 설명을 요청할 수 있습니다.

2. 설명사항

수술(시술 . 검사)의 목적 및 효과	
<p>마취는 환자분이 <u>안전하고 편안하게 수술을 받도록 하는데 목적</u>이 있습니다. 수술 중에 수술에 의한 스트레스와 여러 가지 이유로 생리학적 변화가 발생하는데 이때 마취통증의학과 의사는 <u>적절한 모니터링과 처치, 투약 등의 방법으로 환자의 생리 상태를 정상으로 만들고 유지</u>하기 위해 노력합니다.</p> <p>마취를 시행하지 않을 경우 환자는 수술 중 통증을 느끼게 되어 고통스러울 수 있습니다. 또한 수술 중 발생할 수 있는 합병증에 적절한 대처를 할 수 없어 안전에 심각한 영향을 줄 수 있습니다.</p>	
수술의 목적 및 효과에 대해 들었습니다.	서명 :

마취의 과정 및 방법
<p style="text-align: right;">양영준</p> <p>가. 전신마취</p> <p>전신마취는 마취제를 통한 <u>의식, 감각, 운동의 차단 및 생체 반응 조절</u>을 통해 통증을 느끼지 않으면서 수술 및 시술에 최적인 상태를 유지하도록 하는 것입니다.</p> <p>환자는 수술실에 입실하여 기본적인 감시 장비(심전도, 혈압계, 산소포화도 등)를 부착한 다음 마취제를 투여 받습니다. 의식 소실이 확인되면 신경근 차단제가 투여되고 자발호흡이 없어지면 기계 환기를 시작합니다.</p> <p>환자의 <u>안전</u>을 위해 이익이 된다고 판단되는 경우 <u>중심정맥관 혹은 동맥관을 삽입할 수 있습니다.</u> 수술이 끝나면 대부분의 환자는 수술실에서 회복실로 이동하여 일정 시간 체류하고 병실로 이동하게 됩니다.</p>

나. 척추/경막외/부위마취

척추/경막외/부위마취는 신체의 일부만 마취하여 수술을 진행하는 마취 방법입니다.

환자는 수술실에 입실하여 기본적인 감시장치를 부착한 후 마취과 의사에 의해 척수강, 경막외, 혹은 목, 겨드랑이, 다리, 복부 등 특정 부위에 바늘을 삽입하여 마취가 시행됩니다.

수술에 적합한 차단이 이루어진 것이 확인되면 수술이 진행됩니다. 수술 중 진정을 위해 약제를 투여하여 수면을 유도할 수도 있습니다. 보통 척추마취는 유도 후 5~6시간이 지나면 회복되며, 신경 차단 효과는 24시간 이상 지속될 수 있습니다.

그동안 마취 부위에 감각 및 근력 저하가 나타날 수 있으므로 낙상에 각별히 유의하고, 필요 시 보호자의 도움이 필요합니다. 수술이 종료된 후 대부분의 환자는 회복실에 일정 시간 체류하게 되지만, 수술 후 집중 관찰이 필요한 경우 중환자실로 이송되는 경우도 있습니다.

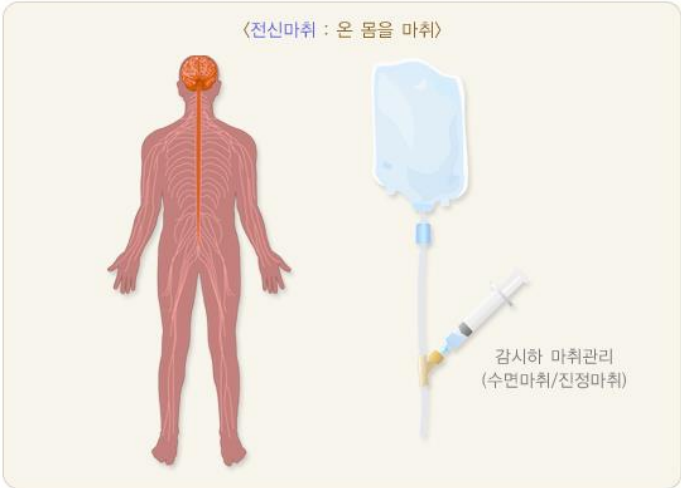
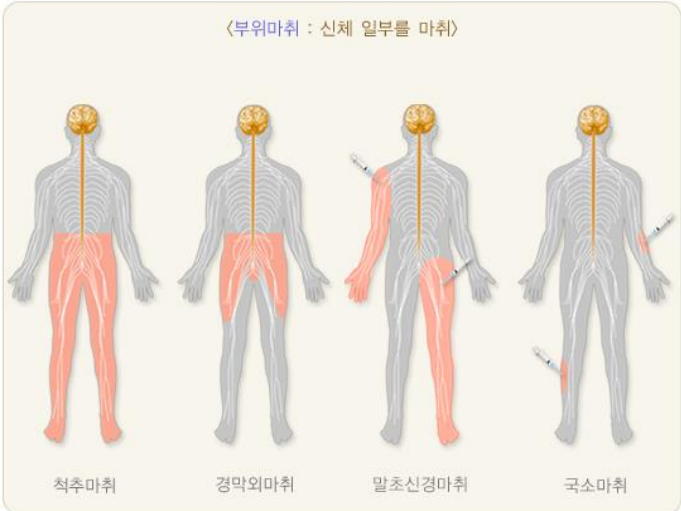
다. 감시하 마취 관리 (monitored anesthesia care, MAC, 수면 마취)

감시하 마취 관리는 환자가 검사나 시술에 따른 통증이나 불안감을 느껴 진정을 요구할 경우 시행됩니다. 또한, 전신마취에 따른 위험이 매우 큰 환자의 경우 전신마취를 대체하는 방법으로 시행되기도 합니다.

환자는 수술실에 입실하여 기본 감시장치를 부착한 후, 안면 마스크나 비강 캐놀라를 이용해 산소를 흡입하면서 진정제 또는 진통제가 마취과 의사의 판단하에 투여됩니다.

환자의 상태는 마취과 의사에 의해 감시되며, 이상이 발생할 경우 신속히 조치됩니다.

감시하 마취 관리에서 회복한 후 환자는 회복실에서 일정 시간 안정을 취합니다. 감시하 마취 관리를 받은 당일에는 운전을 하지 말아야 하며, 중요한 약속이나 업무는 피하도록 해야 합니다.

<p><그림. 마취의 종류></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p><전신마취 : 온 몸을 마취></p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p><부위마취 : 신체 일부를 마취></p>  </div> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">양영준</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">- 그림 출처: 국가건강정보 포털</p>	
<p>시술방법에 대해 들었습니다.</p>	<p>서명 :</p>

시술 전 주의사항

- ① 가지고 있는 질병이나 복용 중인 약제가 있다면 반드시 알려주셔야 합니다.
- ② 복용 중인 약물의 중단 여부는 반드시 의사와 상의해야 합니다.
- ③ 약물 알레르기나 부작용의 과거력이 있는 경우 말씀해 주셔야 합니다.

④ 금식을 지켜야 합니다.

최소 금식 시간은 다음과 같습니다.

고형식(음식): 8시간

깨끗한 소량의 물: 2시간

분유: 6시간

모유: 4시간

양영준

척추/경막외/부위 마취나 감시하 마취 관리를 받는 경우에도 동일하게 적용됩니다.

⑤ 과거에 수술이나 마취를 받은 경험이 있다면, 특이사항이 있었는지 말씀해 주셔야 합니다.

⑥ 수술장에 내려갈 때 의치, 장신구, 매니큐어, 화장품은 반드시 제거해야 합니다.

시술 전 주의사항에 대해 들었습니다.

서명 :

시술 후 유의사항

양영준

① 식사는 진료과의 지시에 따릅니다. (수분 섭취 포함)

② 척추/경막외/부위 마취 후에는 움직임에 주의해야 합니다.

③ 마취 후에는 운전, 낙상 등의 사고 위험이 있을 수 있으므로 위험한 행동을 피하는 것이 좋습니다.

시술 후 유의사항에 대해 들었습니다.

서명 :

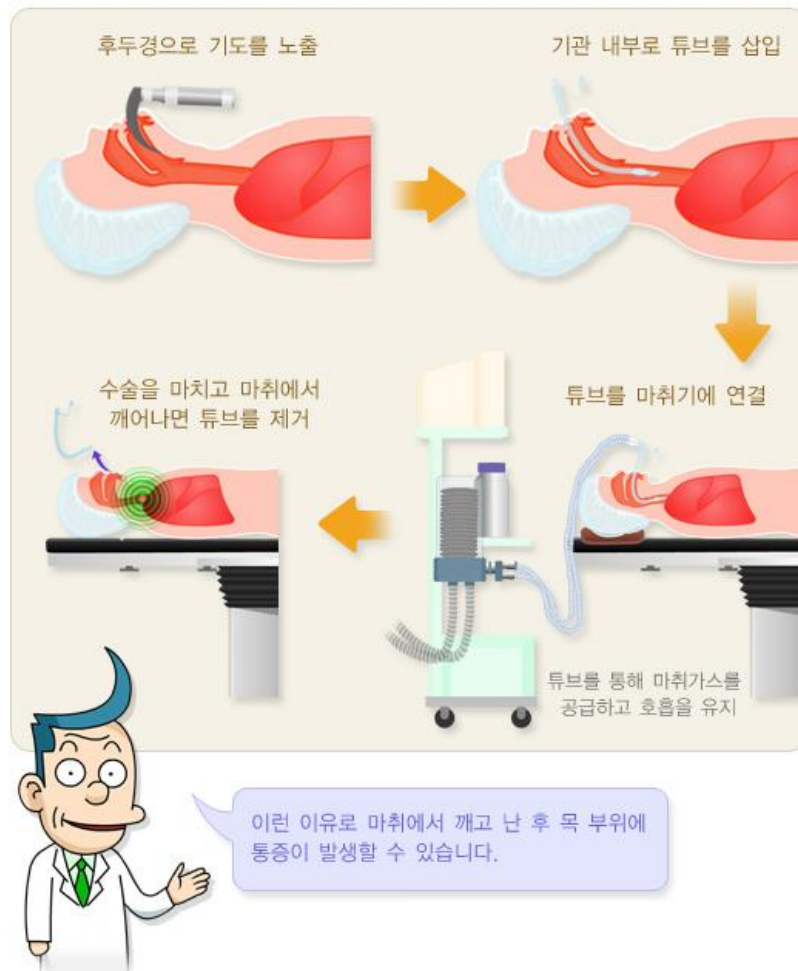
발현 가능한 합병증(후유증)의 내용, 정도 및 대처방법

1) 구강 및 기도 관련 합병증

기관 내 삽관이나 기도 유지를 위한 도구 삽입으로 인해 치아 손상, 구강 및 인후부 손상이

발생할 수 있으며, 이로 인해 통증, 경추 손상, 출혈, 염증, 목소리 변화, 성대 마비 등이 발생할 수 있습니다. 특히 흔들리는 치아, 의치가 있는 경우, 기도가 좁거나 삽관이 어려운 경우 합병증 발생 가능성이 높습니다.

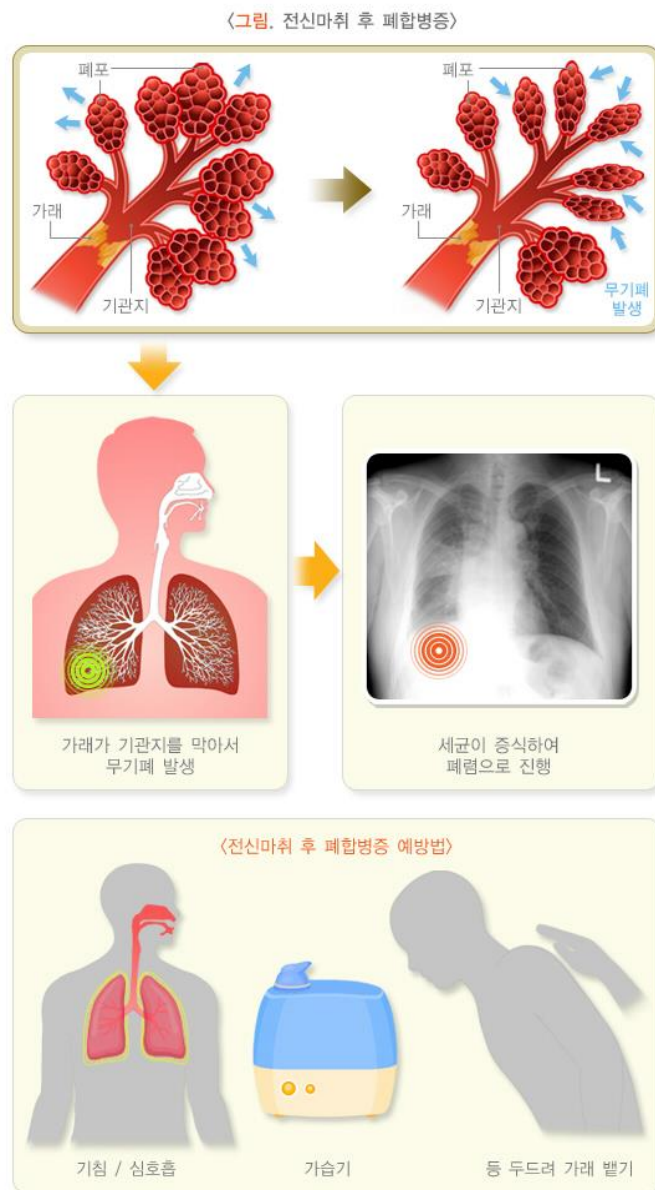
〈그림. 기관삽관의 개념〉



2) 호흡기계 합병증

흡인성 폐렴을 포함한 폐렴, 후두경련, 기관지경련, 무기폐, 폐부종, 급성호흡곤란증후군, 저산소증 등이 발생할 수 있습니다. 기존에 호흡기 질환이 있는 환자의 경우 증상이 악화될

가능성이 있습니다. 마취 후 기침, 심호흡, 등을 두드려 가래를 배출하는 등의 활동을 지속하면 호흡기 합병증 예방에 도움이 될 수 있습니다.



3) 심혈관계 합병증

혈압의 급격한 변동, 폐색전증, 부정맥, 쇼크, 심정지 등이 발생할 수 있으며, 기존에 심혈관계 질환이 있는 경우 증상이 악화될 가능성이 있습니다. 매우 드물게 사망에 이를 수도 있습니다.

4) 간 기능 및 신장 기능 악화

마취약제의 영향으로 간 및 신장 기능이 악화될 가능성이 있습니다.

5) 신경계 합병증 및 수술 중 각성과 기억

드물지만 색전증, 뇌출혈, 뇌허혈 등이 발생할 수 있습니다. 마취 감시장치를 이용해 모니터링하더라도, 매우 드물게 수술 중 각성이 발생하거나 수술 후 기억이 남을 수도 있습니다. 여성, 특정 약물 복용자, 임신, 저혈압 등이 위험 요인으로 알려져 있으나, 위험 요인이 없는 경우에도 발생할 수 있습니다.

6) 특이 체질로 인한 합병증

악성 고열증, 약제에 대한 과민반응으로 인한 쇼크 등 환자의 특이 체질로 인해 예기치 못한 합병증이 발생할 수 있습니다.

7) 중심정맥관 및 폐동맥 카테터 관련 합병증

환자의 안전 및 처치를 위해 마취 중 중심정맥관 또는 폐동맥 카테터를 삽입할 수 있습니다.

이 과정에서 부정맥, 기흉, 혈흉, 혈종, 색전, 감염, 수흉, 카테터 꼬임/끊김/포착, 심장 또는

폐 손상, 종격 수종 등의 합병증이 발생할 수 있습니다.

8) 동맥관 관련 합병증

환자의 안전 및 수술 후 환자 감시, 채혈을 위해 동맥관을 삽입할 수 있습니다.

이 과정에서 혈종, 색전, 감염 등의 합병증이 발생할 수 있습니다.

9) 척추/경막외/부위 마취 관련 합병증

저혈압, 오심, 구토 등의 증상이 발생할 수 있습니다. 마취 효과가 하지에 국한되지 않고 위로 퍼지면서 흉부까지 차단될 경우, 호흡 보조 근육이 마비되어 호흡 불편감을 느낄 수 있습니다.

국소 마취제가 혈관 내로 주입되거나 전신으로 흡수될 경우, 전신 반응이 나타날 수

있습니다. 수술 후 일시적으로 배뇨 장애, 요통, 두통 등이 발생할 수 있습니다.

마취 부위에 일시적으로 힘이 빠지는 증상이 나타날 수 있으므로 보행 시 주의가 필요하며, 보호자의 도움이 필요할 수 있습니다.

드물지만 신경 손상, 감염, 출혈, 경막하 혈종, 시술 부위 통증, 이상 감각, 호흡 근육 약화, 기흉으로 인한 호흡 곤란, 척수 천자, 마미 증후군(배뇨/배변 장애, 족부하수) 등의 합병증이 발생할 수 있으며, 이에 따라 추가적인 치료가 필요할 수도 있습니다.

신경 차단 시술 부위에 따라 감염, 출혈, 시술 부위 통증 증가, 혈관 천자, 약물의 혈관 내 주입, 국소 마취제 독성, 신경 손상, 이상 감각, 호흡 근육 약화, 기흉으로 인한 호흡 곤란 등의 부작용이 드물게 발생할 수 있으며, 발생 시 추가적인 약물 투여 또는 시술이 필요할 수 있습니다.

10) 기타 합병증

모니터링 장비 또는 치료 장비 부착으로 인해 피부 자극이나 손상이 발생할 수 있습니다.

수술 중 체위(자세)로 인해 안구 손상, 말초신경 마비, 피부 손상(화상, 수포, 욕창 등)이 드물게 발생할 수 있습니다.

마취 및 수술적 원인으로 인해 수술 후 오심, 구토 등의 증상이 나타날 수 있습니다.

후유증 내지 합병증 발생률에 대하여 들었습니다.

서명 :

수술(시술.검사)방법의 변경 또는 수술 범위의 추가 가능성

1) 예정된 마취 외 시행 가능한 다른 방법

척추/경막외/부위 마취가 실패하거나 충분한 마취 및 진통 효과를 얻지 못하는 경우, 전신마취로 전환될 수 있습니다. 감시하 마취 관리(MAC)를 시행했음에도 환자의 불안감이나 불편감이 해소되지 않는 경우, 전신마취로 전환될 수 있습니다. 또한, 기관 내 삽관의 어려움이나 환자의 상태 악화 등의 이유로 전신마취가 시행되지 못할 수도 있습니다. 이로 인해 수술이 취소되거나 연기될 가능성도 있습니다.

2) 수혈 가능성

마취 중 수혈이 필요하다고 판단될 경우, 수혈을 진행할 수 있습니다.

3) 마취 변경 가능성

환자의 상태 또는 의료기관의 사정에 따라 부득이하게 마취의가 변경될 수 있습니다.

만일 긴급한 경우, 사전 설명 및 동의를 얻지 못했더라도 마취 후 가능한 한 빨리 변경 사유 및 시행 결과를 환자 또는 보호자에게 설명드리겠습니다. 수술 시간이 정규 시간을 초과하거나 응급 수술일 경우, 당직 마취의가 마취를 시행할 수도 있습니다.

4) 신체 보호대 적용에 관한 설명 사항

환자에 따라 수술 및 마취 후 회복 과정에서 삽입된 각종 튜브, 배액관, 카테터 등을 자가로 제거하거나 공격적인 행동을 보일 가능성이 있습니다.

신체적 제한 이외의 방법으로 위험성을 줄일 수 없다고 판단되는 경우, 환자의 안전을 위해 의사의 처방에 따라 신체 움직임을 제한하는 보호 장비(장갑, 손목 보호대, 흉부 보호대,

발목 보호대, 사지 보호대 등)를 일시적으로 적용할 수 있습니다.

5) 추가 검사 및 처치 가능성

수술 전후 마취통증의학과 의사의 판단에 따라 추가적인 검사, 처치, 투약이 시행될 수 있으며, 이에 따른 비용이 발생할 수 있습니다.

6) 다음의 비급여 시술이 의학적 필요성에 따라 추가로 시행될 수 있습니다.

- ① 수술 중 초음파 보조 시술: 카테터 삽입 혹은 신경 차단 시 보조 목적으로 사용됩니다.
- ② 수술 중 흉부 초음파: 수술 중 심폐 기능 평가 목적으로 시행될 수 있습니다.
- ③ 수술 중 경식도 초음파: 수술 중 심장의 구조와 기능을 평가하는 목적으로 시행됩니다.

7) 다음의 비급여 약제들이 의학적 필요성에 따라 추가로 처방될 수 있습니다.

① 비마약성 진통제 (수술 후 통증 조절 목적)

Acetaminophen, Acetaminophen/Ibuprofen 복합제, Nefopam

② 신경근 차단 회복 목적

Sugammadex

③ 전신마취 또는 감시하 마취 관리, 척추/경막외/부위 마취 중 진정(수면) 목적

Remimazolam

④ 척추/경막외/부위 마취 중 진정(수면) 목적

Dexmedetomidine

방법 변경 및 범위 추가 가능성에 대하여 들었습니다.

서명 :

주치의(집도의)의 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. 이 경우 수술(시술·검사)의 시행 전에 환자 또는 대리인에게 구체적인 변경사유를 설명하고 서면동의를 얻도록 합니다.

다만, 수술의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 집도의의 변경이 요구되는 경우에는 이에 따른 수술의 시행 후에 지체 없이 구체적인 집도의의 변경 사유 및 수술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.

주치의(집도의) 변경 가능성에 대하여 들었습니다.

서명 :

양영준

서약 - 나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

본인은 위 검사의 시술방법과 검사, 시술의 정확도 및 시술에 따른 후유증 및 합병증에 대하여 충분히 이해하였으며 본 검사 및 시술을 받을 것을 신청합니다. 아울러 검사에 따른 모든 지시사항을 충실히 이행하며 주치의 및 시술의사의 지시와 판단에 전적으로 협조할 것을 서약합니다.

귀하의 증상과 치료 및 후유증에 관한 상세한 설명을 들었다면 들었음 _____

본 동의서 사본을 받았으면 받았음 이라고 자필로 기재해 주십시오. _____

본 동의서는 잘 보관하십시오.

마취 동의서

* 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 소요되는 비용을 청구할 수 있습니다.

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

환 자 명 :	(서명 또는 날인)
주민등록상의 생년월일:	집전화:
주소:	휴대전화: 양영준
* 대리인이 하는 경우	
대리인(환자의):	(서명 또는 날인)
주민등록상의 생년월일:	집전화:
주소:	휴대전화: 양영준
* 대리인이 서명하게 된 사유	
<input type="checkbox"/> 환자의 신체적.정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함 <input type="checkbox"/> 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함 <input type="checkbox"/> 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함 <input type="checkbox"/> 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 (이 경우 별도의 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 합니다) <input type="checkbox"/> 기타	

CM병원장 귀하