

# 환자 기본 정보

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

진단명				
수술, 시술, 검사명				
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 <input type="checkbox"/> / 우 <input type="checkbox"/> / 양측 <input type="checkbox"/> 부위:	
과거병력 (질병.상해 전력)			알레르기	
특이체질			당뇨병	
고 . 저혈압			마약사고	
복용약물			기도이상 유무	
흡연여부			출혈소인	
심장질환 (심근경색증 등)			호흡기질환 (기침.가래 등)	
신장질환 (부종 등)			뇌혈관질환 (뇌졸중, 파킨슨 등)	
간질환	외과수술		감상선질환	
부신피질 호르몬 장애	외과수술		정신과질환	
임신 여부			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.

# 관절경 검사 설명 및 동의서

검사명 : 관절경 검사

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

진단명			
수술, 시술, 검사명			
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	
흡연여부		출혈소인	
심장질환 (심근경색증 등)		호흡기질환 (기침.가래 등)	
신장질환 (부종 등)		기타	

\* 수술참여 집도이가 다수인 경우 모두 기재해 주시기 바랍니다.

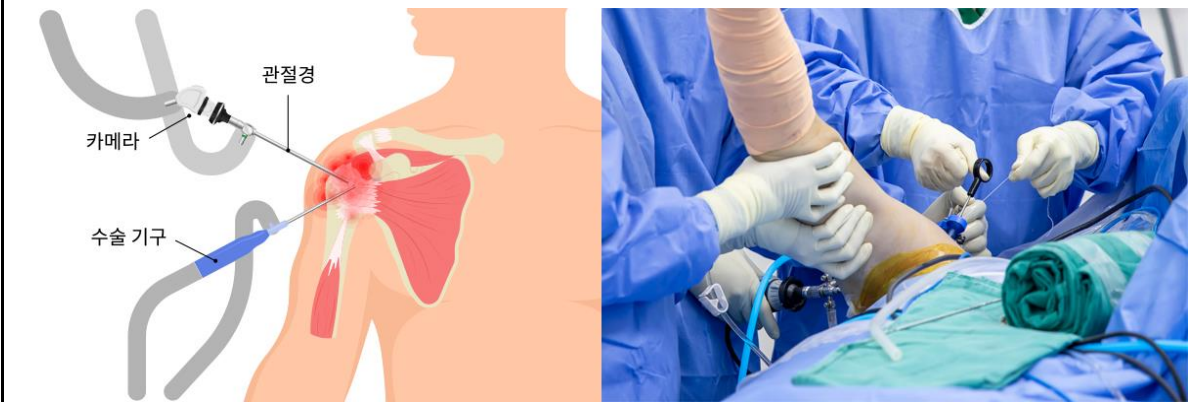
## 관절경 검사

\* 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



가. 관절경 검사는 가느다란 내시경을 관절 안으로 넣어서 관절 안의 구조를 육안으로 관찰하는 것으로 비교적 간단하고 안전한 검사 방법입니다. 관절경 검사는 X-선, 컴퓨터단층촬영 혹은 자기공명영상과 달리 직접 눈으로 관절 안을 관찰하고 필요하면 사진을 촬영하거나 정확한 진단을 위하여 활막 조직 생검을 할 수 있습니다. 치료에 반응하지 않는 관절염이나 관절 진단명에 맞지 않는 관절 증상이 있는 경우, 또는 관절염 진단이 불확실한 경우에 관절경 검사를 하게되며 이외에도 관절경을 이용하여 손상된 관절내 구조물의 제거, 염증이 심한 활막의 제거, 관절 안의 세척 등 치료 목적으로 사용할 수 있습니다.

나. 추가적인 검사의 필요성 : 귀하의 현재 증세인 관절 통증의 진단을 위하여 위 검사이외에도 관절 수술이 필요할 수도 있습니다.

검사명 및 검사의 필요성에 대해 들었습니다.

서명: 관절

### 수술과정 및 방법, 수술(시술 . 검사)부위 및 추정 소요시간

검사로 인한 불편감을 줄이기 위하여 관절경 검사직전에 마취를 하며 진정제 혹은

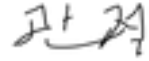
## 관절경 검사

진통제를 투여한 후 검사를 하려는 관절주위의 피부를 약간 절개한 후 관절경을 삽입하게 됩니다. 관절 안을 자세히 관찰하기 위하여 식염수를 관절 안으로 넣으므로 때로는 통증을 느끼실 수도 있으나 크게 걱정하실 필요는 없습니다.

대략적인 소요시간은 30분-1시간 정도이나 검사에 걸리는 시간은 조직검사나 다른 처치를 같이 시행할 수 있기 때문에 환자마다 소요시간이 다를 수 있습니다.

시술방법에 대해 들었습니다.

서명: 관절

<b>시술 전 주의사항</b>	
<p>특별한 주의사항은 없으나 평상시에 지혈이 잘 안되거나 멍이 잘 드는 증상이 있거나 과거에 국소마취제 사용시 부작용이 있었으면 반드시 이야기하여 주십시오. 그리고, 검사 당시에는 공복상태가 좋습니다.</p>	
<b>시술 전 주의사항에 대해 들었습니다.</b>	<b>서명 :</b> 

<b>시술 후 유의사항</b>
<p>가. 검사후 24 시간 이내에는 휴식을 취하도록 하시고 검사직후 2-3 시간동안은 얼음찜질을 하시는 것이 좋습니다. 얼음찜질은 30 분 동안 시행하시고 30 분은 쉬는 식으로 반복하시는 것이 좋습니다. 24 시간 이후에는 활동이 가능해지면 활동하셔도 좋습니다.</p> <p>나. 시술부위는 청결하고 건조한 상태를 유지하도록 하시는 것이 좋습니다.</p> <p>다. 첫 72 시간 동안은 다음의 사항들을 주의깊게 관찰하여야 합니다. 72 시간 이내에는 소량의 액체가 검사부위에서 흘러나올 수 있으나, <u>계속적으로 분비물이 있거나 검사한 관절부위가 더 부어오르거나 뜨겁게 달아오르고 열과 오한</u>이 나타나면 감염이 의심되므로 <u>곧바로 병원으로 연락</u>하십시오.</p>



라. 내시경 검사에 대한 자세한 결과는 환자의 주치의에 전달되며, 조직검사를 한 경우에는 결과가 보통 1 주일 후에 나오므로 외래 진료시에 알 수 있습니다.

시술 후 유의사항에 대해 들었습니다.

서명: 관절

#### 발현 가능한 합병증(후유증)의 내용, 정도 및 대처방법

일반적으로, 어깨 관절경 수술은 비교적 안전한 시술로 간주되지만, 드물게 다음과 같은 합병증이 발생할 수 있습니다:

##### 1. 통증:

관절경의 합병증으로는 관절경이 들어갔던 부위의 압통과 관절액의 증가가 약 1%에서 보고되었으나, 일시적인 현상으로 시간이 지나면 좋아집니다.

##### 2. 감염:

**내용:** 수술 부위에 세균이 침투하여 감염이 발생할 수 있습니다.

**정도:** 발생률은 약 1% 이하로 매우 드물지만, 발생 시 추가적인 치료가 필요할 수 있습니다.

**대처방법:** 수술 중 무균 상태를 유지하고, 수술 후에는 상처 부위를 청결하게 관리하며, 감염 증상이 나타나면 즉시 의료진과 상담하여 항생제 치료 등을 받습니다.

### 3. 출혈:

**내용:** 수술 중 또는 수술 후 출혈이 발생하여 혈종이 형성될 수 있습니다.

**정도:** 발생률은 약 0.1% 이하로 매우 드뭅니다.

**대처방법:** 수술 중 지혈을 철저히 하고, 수술 후 출혈 징후를 모니터링하며, 출혈이 지속되거나 혈종이 의심되면 즉시 의료진과 상담합니다.

### 4. 신경 손상:

**내용:** 수술 부위 주변의 신경이 손상되어 감각 이상이나 근력 약화가 발생할 수 있습니다.

**정도:** 발생률은 약 0.1% 이하로 매우 드물지만, 발생 시 증상이 지속될 수 있습니다.

**대처방법:** 수술 중 신경 구조를 신중하게 다루며, 수술 후 신경학적 증상이 나타나면 즉시 의료진과 상담하여 적절한 평가와 치료를 받습니다.

### 5. 혈전증:



**내용:** 심부정맥혈전증(DVT; Deep vein thrombosis)이 발생하여 혈전이 형성될 수 있습니다.

**정도:** 발생률은 약 0.1% 이하로 매우 드물지만, 폐색전증과 같은 심각한 합병증으로 이어질 수 있습니다.

**대처방법:** 수술 후 조기 보행과 다리 운동을 통해 혈전 형성을 예방하며, 혈전증 증상이 나타나면 즉시 의료진과 상담하여 항응고제 치료 등을 받습니다.

#### 6. 관절강직:

**내용:** 수술 후 관절의 움직임이 제한될 수 있습니다.

**정도:** 발생률은 약 1% 정도로 보고되며, 대부분 일시적입니다.

**대처방법:** 수술 후 적절한 재활 운동과 물리치료를 통해 관절의 운동 범위를 회복합니다.

#### 7. 연골 손상:

**내용:** 수술 중 연골이 손상될 수 있습니다.

**정도:** 발생률은 약 0.1% 이하로 매우 드물지만, 발생 시 관절 기능에 영향을 미칠 수 있습니다.

**대처방법:** 수술 중 연골을 신중하게 다루며, 손상이 발생한 경우 추가적인 치료를

고려합니다.

**8. 세척액의 관절강 외 유출:**

**내용:** 수술 중 사용되는 세척액이 관절 외부로 유출되어 주위 조직에 부종이나 염증을 유발할 수 있습니다.

**정도:** 발생률은 약 0.1% 이하로 매우 드물며, 대부분 일시적입니다.

**대처방법:** 수술 중 세척액의 사용량과 압력을 적절히 조절하며, 수술 후 부종이 발생하면 얼음찜질과 휴식을 취합니다.

이러한 합병증의 발생률은 매우 낮으며, 대부분의 경우 적절한 관리와 치료로 회복이 가능합니다.

후유증 내지 합병증 발생률에 대하여 들었습니다.

서명 : 관적

## 수술(시술·검사)방법의 변경 또는 수술 범위의 추가 가능성

수술(시술·검사) 과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 수술(시술·검사) 방법이 변경되거나 수술범위가 추가될 수 있습니다. 이 경우, 환자 또는 대리인에게 추가로 설명하여야 하는 사항이 있는 경우에는 수술(시술·검사)의 시행 전에 이에 대하여 설명하고 동의를 얻도록 합니다.

다만, 수술의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 수술방법의 변경 또는 수술 범위의 추가가 요구되는 경우에는 이에 따른 수술의 시행 후에 지체 없이 그 변경 또는 추가의 사유 및 수술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.

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

## 관절경 검사

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: 관적

서약 - 나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

본인은 위 검사의 시술방법과 검사의 정확도 및 시술에 따른 후유증 및 합병증에 대하여 충분히 이해하였으며 본 검사를 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. \_\_\_\_\_

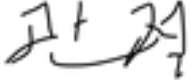
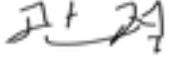
본 동의서는 잘 보관하십시오.

\* 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.

관절경 검사

환 자 명 :	(서명 또는 날인) 
주민등록상의 생년월일:	집전화:
주소:	휴대전화:
<b>* 대리인이 하는 경우</b>	
대리인(환자의 ):	(서명 또는 날인) 
주민등록상의 생년월일:	집전화:
주소:	휴대전화:
<b>* 대리인이 서명하게 된 사유</b>	
<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