

마취진료 규정

관리번호	W-5.2.2	제정일	2013년 02월 15일
승인책임자	병원장	최근개정일	2016년 10월 31일
검토책임자	규정관리위원장	시행일	2016년 12월 01일
주무부서	진료부, 마취과	검토주기	3년
관련근거	의료기관인증기준 5.2.2	검토예정일	2019년 10월 30일

I. 목적

수술/시술 시 적격한 자가 마취 전 환자의 상태를 평가하고, 이에 따라 마취진료 계획을 수립하여 환자에게 안전한 마취서비스를 제공하기 위함이다.

II. 규정

1. 안전한 마취진료를 위한 체계를 갖춘다.
2. 적격한 자에 의해 마취서비스가 이루어진다.
 - 1) 마취진료 수행 자격

마취 진료는 마취통증의학과 전문의가 시행하며 간호사가 보조한다.
3. 마취 전 환자상태 평가를 기반으로 마취진료 계획을 수립한다.
 - 1) 마취 전 환자상태 평가 및 마취진료 계획

마취통증의학과 전문의는 마취 전에 환자의 전신상태 및 문제점을 평가한다.

 - (1) 신체 검진 및 검사결과를 요약한다.
 - (2) 마취 관련 과거력을 조사하여 과거에 합병증이나 부작용이 있었는지 확인한다.
 - (3) 환자 신체상태 분류는 미국마취학회 환자분류(ASA Physical Status Classification)에 의거하여 기록한다.
 - (4) 마취통증의는 환자의 상태, 수술 종류를 고려하여 마취진료의 계획을 수립하고 기록한다.
 - (5) 전신마취 및 부위마취 시에는 수술의가 수술 설명 시 마취에 대한 설명도 함께 한 후 수술/마취 동의서를 작성할 수 있으나 환자가 마취에 대하여 추가적 설명을 원하거나 집도위가 필요하다고 판단하는 경우 마취통증의가 마취에 대해 설명한 후 동의서를 작성한다.
 - (6) 마취진료 계획의 수립은 마취 전 집도위가 요구한 마취 방법으로 마취통증의와 수술의가 협의하여 계획하고 환자가 마취 방법에 대해서 거부하지 않을 경우 계획과 동일하게 시행한다.
 - (7) 마취 방법 변경 시에는 주치의에게 알리고, 환자 및 보호자에게 이를 설명하거나 주치의의를 통해 환자 및 보호자가 설명을 들을 수 있도록 한 후 마취기록지에 기록한다.
4. 마취 유도 직전 환자 상태를 평가한다.
 - 1) 마취 유도 직전 환자상태 평가
 - (1) 마취통증의는 마취 유도 직전에 환자의 생리학적(산소포화도, 비침습적 혈압, 심박수, 호흡수, 심전도) 안전성을 평가하고 마취기록지에 기록한다.
 - (2) 환자이름, 등록번호, 주민번호 앞자리(생년월일), 수술/시술 부위 등을 확인하는 과정(Time out)을 거친다.
5. 정규시간 이외의 마취 진료도 동일하게 적용한다.
 - 1) 정규시간 이외 마취서비스 제공
 - (1) 정규시간 이외 마취진료는 마취통증의 당직표를 따른다.

정규시간은 평일 08:00~17:00, 토요일 09:00~13:00 으로 정한다.

- (2) 당직근무 시간은 평일 17:00 이후부터 다음날 정규 근무시간 전까지로, 토요일 13:00 이후, 일요일 및 공휴일 이후 다음날 정규 근무시간 전까지로 정한다.
- (3) 당직표를 작성한 후 기안자는 부서장(마취통증의학과 센터장)에게 결재 받는다. 부득이하게 당직을 바꿔야 하는 경우 부서장 및 수술실에 미리 알리어 마취 진료에 문제가 없도록 한다.

III. 참고

대한마취과학회, 마취과학 제 4판, 군자출판사(2002)

[별첨]

별첨 1. 마취 전 환자 평가서

별첨 2. 마취진료 당직표

입안자	규정관리위원장	
승인책임자	병원장	
서명일		

[별첨 1] 마취 전 환자 평가서

TEXT		Graphic		마취전환자평가서		Sign	입력된문서						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 등록번호 성 명 성별 / 나이 여 진 료 과 병실 체 중 Kg 신 장 Cm </div>				<h2 style="margin: 0;">마취 전 환자 평가서</h2> <h3 style="margin: 0;">(Anesthesiology Preoperative Note)</h3> <p style="margin: 0;">DATE . . .</p>									
수술전 진단명 <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>													
예 정 수술명 <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>													
<div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Preoperative evaluation </div> <div style="margin-top: 5px;"> BP : mmHg. PR : 회/min. RR : 회/min. BT : ℃ BST : mg/dl Skin color 상태 : </div> <div style="margin-top: 5px;"> * Lab <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Hb/Hct/plt : <input type="checkbox"/> PT/INR/APTT : </div> <div> <input type="checkbox"/> OT/PT : <input type="checkbox"/> Na/K/Cl : </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> ESR/CRP : <input type="checkbox"/> Blood type : </div> </div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> * ECG : * Chest X-ray : * PFT : * ABGA : * Echo : * Abd. sono : </div> </div>													
<div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Medical Hx. and Present illness </div> <div style="margin-top: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> HTN <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Teeth </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> Allergy </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Others </td> </tr> </table> </div> </div>								<input type="checkbox"/> HTN <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Teeth	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> Allergy	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Others			
<input type="checkbox"/> HTN <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Teeth													
<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> Allergy													
<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Others													
<div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Medication Hx. : </div> <div style="margin-top: 20px;"> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Op. Ane. Adm. Hx. : <input type="radio"/> Yes. <input checked="" type="radio"/> No. </div> </div> </div>													
<div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> * Air way </div> <div style="margin-top: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>mallampati classification</td> <td><input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV</td> </tr> <tr> <td>laryngoscopic mallampati</td> <td><input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV</td> </tr> <tr> <td>neck extention</td> <td><input type="checkbox"/> free <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe</td> </tr> </table> </div> </div>								mallampati classification	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	laryngoscopic mallampati	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	neck extention	<input type="checkbox"/> free <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe
mallampati classification	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV												
laryngoscopic mallampati	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV												
neck extention	<input type="checkbox"/> free <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe												
<div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Plan </div> </div>													

[별첨 2] 마취진료 당직표

연락처 mobile 이OO: 000-0000-0000 천OO: 000-0000-0000

월	화	수	목	금	토	일
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				