

진료 동의서 규정

관리번호	W-7.4	제정일	2013년 02월 15일
승인책임자	병원장	최근개정일	2016년 10월 31일
검토책임자	규정관리위원회위원장	시행일	2016년 12월 01일
주무부서	진료부	검토주기	3년
관련근거	의료기관인증기준7.4	검토예정일	2019년 10월 30일

I. 목적

의료기관은 수술/시술, 마취 및 진정의 수행, 혈액제제, 조영제를 사용하는 경우 동의서를 받는 체계를 갖추고 운영한다. 이를 통해 환자와 보호자의 알권리와 자기결정권을 보호하고, 의료기관과 의료진의 책임을 명확히 함으로써 적절한 진료를 제공함을 목적으로 한다.

II. 정의

1. 진료동의서 : 진료과정에 필요한 사항에 대하여 충분한 설명(Informed Consent)후 동의를 얻기 위한 문서를 말한다.
2. 동의서가 필요한 시술 : 환자안전에 위협을 줄 수 있는 고위험 시술을 말한다.
3. 혈액제제 : 혈액관리법 제2조 8항 전혈, 농축적혈구, 신선동결혈장, 농축혈소판, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 혈액관련 의약품¹⁾을 말한다.

III. 규정

1. 진료동의서 작성범위

- 1) 수술실에서 행해지는 모든 수술 및 시술
(B-PEN, Neuroplasty, Annulonucleoplasty, RF nucleoplasty)
- 2) 마취 및 진정제를 사용하여 수면을 유도하는 검사나 치료
- 3) 혈액을 투여하는 경우
- 4) 조영제 사용하는 검사 동의서
- 5) 고위험 약물 사용 동의서(헤파린 요법)
- 6) 전향적 임상시험이 이루어지는 경우
- 7) 심폐소생술 거부 시

2. 동의서에 포함되어야할 내용

- 1) 환자 상태 또는 특이사항 (환자 과거 병력)
- 2) 환자의 진단명 혹은 의심되는 진단명, 수술 및 검사명
- 3) 예정된 의료행위 종류
- 4) 예정된 의료행위의 목적 및 필요성, 방법, 회복과 관련하여 발생할 수 있는 문제
- 5) 예정된 의료행위 이외의 시행 가능한 대체 방법
- 6) 예정된 의료행위가 시행되지 않았을 때의 결과

1) 혈액관련 의약품: 혈액관리법시행규칙 제4조 별표2와 같이 백혈구제거적혈구, 백혈구여과제거적혈구, 세척적혈구, 동결해동적혈구, 농축백혈구, 혈소판공부혈장, 백혈구여과제거혈소판, 세척혈소판, 신성액상혈장, 동결혈장, 동결침전제제, 동결침전물제거혈장, 성분채혈적혈구, 성분채혈백혈구, 성분채혈백혈구혈소판, 성분채혈혈소판, 백혈구여과제거 성분채혈혈소판, 성분채혈혈장을 말한다.

- 7) 집도의(주치의)의 변경 가능성
- 8) 동의서 작성일시
- 9) 설명 의사의 서명
- 10) 인적사항 및 연락처
- 11) 환자의 서명 혹은 보호의무자 또는 법정대리인의 자필서명
- 12) 환자가 서명을 할 수 없어 보호의무자²⁾ 또는 법정대리인이 서명을 하는 경우 이에 대한 합당한 이유
- 13) 단, 비급여 사용동의서 (PCA, 기증건 자기부담 동의서 등)와 동종골 사용동의서는 위의 내용을 모두 포함하지 않고, 병원 양식에 준한다.

3. 동의권자

- 1) 의료행위에 대한 동의권자는 원칙적으로 환자만이 동의할 수 있으므로 환자에게 직접 설명하는 것을 원칙으로 한다.
- 2) 다음 각 호에 해당하는 경우는 환자가 아닌 보호의무자나 법정대리인이 동의권자가 될 수 있다.
 - (1) 환자가 의사결정을 하기 힘든 신체적 정신적 장애가 있는 경우
 - (2) 미성년자의 경우
 - (3) 동의서에 포함된 내용을 설명했을 시 환자의 심신에 중대한 영향을 미칠 것이 우려되는 경우
 - (4) 환자 본인이 특정인에게 동의권을 위임하는 경우
- 3) 환자 이외의 법정대리인의 동의를 한 경우 법정대리인의 신분을 확인하고 반드시 그 사유를 동의서에 기록한다.

4. 설명 및 동의서를 받는 절차

- 1) 의료행위 전에 동의서를 받는 것을 원칙으로 하며, 모든 동의서에는 환자 또는 보호의무자/법정대리인의 서명을 받는다.
- 2) 불과 몇 시간 간격으로 재 의료행위를 실시하더라도 의사는 횟수에 관계없이 설명하고 재동의서를 받아야한다.
- 3) 수술/시술/마취/진정/혈액제제/조영제/고위험약물 사용 전 담당의사는 환자 또는 보호자에게 목적, 필요성, 방법 등을 설명하여 이해시킨 후 동의를 얻어 일정한 양식의 동의서에 서약을 받는다.
- 4) 전화동의를 긴급한 의료적 처치를 요하는 상황이면서 보호의무자 또는 법정대리인이 현장 부재시 가능하다. 전화 동의 후에는 반드시 전화동의를 들은 의료진, 구두 동의권자 이름, 환자와의 관계를 기록하며, 전화동의 후 3일 이내에 서면 동의서를 받는다.
- 5) 해당 의료행위에 대한 설명을 충분히 하여 환자가 받게 될 의료행위에 대한 최종적인 결정을 할 수 있어야 한다.
- 6) 환자와 가족, 대리 의사결정자가 추가적인 설명을 원하는 경우 담당 의사는 충분한 설명을 제공해야 한다.
- 7) 일방적 대화가 아닌 상호 효율적인 대화로 설명하며 전문용어를 가능한 배제하고 환자가 이해하기 쉬운 단어를 사용하여 설명한다.
- 8) 의료행위 중 진단착오를 발견하거나 이미 설명한 내용과 위료행위의 방법 또는 내용을 달리하는 의료행위가 필요한 경우에는 원칙상 의료행위를 중단한 후 변경된 의료행위에 대하여 재설

2) 보호의무자: 부양의무자 또는 후견인(정신보건법 21조)

명하고 보호자의 동의를 받아야한다.

5. 응급상황에서 동의서 작성에 대한 고지

- 1) 다음이 정하는 응급상황에서는 응급의료에 관한 법률 제3조에 의하여 의사 결정 능력이 없는 응급 환자의 경우 법정대리인으로부터 동의를 얻지 못하였으나 환자에게 반드시 응급의료가 필요하다고 판단되는 때에는 환자 및 법정대리인의 동의서 작성 없이 주치의 포함 의사1명 이상의 동의를 얻어 시행하고, 사후에 보호자 동의서를 받을 수 있다.
- 2) 응급상황이란 의료진의 판단으로 심한 급성 손상이 있어 즉각적인 검사 및 치료를 하지 않을 때 다음의 상황이 예측되는 경우를 말한다.
 - (1) 환자의 생명이 심각한 위기에 처할 것이 예측되는 경우
 - (2) 신체 일부분이나 장기 기능이 심각하게 손상되거나 정상 기능을 못하게 될 것이 예측되는 경우

6. 의료행위 거절과 의사의 설명의무

- 1) 의사는 의료행위 거절과 중단 관련 아래사항을 환자, 보호의무자 또는 법정대리인에게 알린다.
 - (1) 의료행위를 거부하거나 중단할 권리
 - (2) 의료행위 거절과 중단으로 인해 초래될 수 있는 결과
 - (3) 의료행위 거절과 중단에 대한 의사결정에 수반되는 환자 및 가족의 책임
 - (4) 이용 가능하거나 대체 가능한 의료행위
- 2) 생명 연장에 대한 의료행위 보류와 거부, 소생서비스 거부
 - (1) 환자, 보호자 또는 법정대리인이 생명 연장에 대한 의료행위 보류와 거부, 소생서비스 거부에 대한 의사를 의료행위 과정 동안 언제든지 의사에게 알릴 수 있다.
 - (2) 의사는 환자, 보호자 또는 법정대리인의 생명 연장에 대한 의료행위 보류 또는 거부와 소생서비스 거부에 대한 의사결정에 수반되는 환자 및 가족의 책임에 대해 알려줘야 한다.

IV. 참고

1. 보건의료법 12조(자기결정권)
2. 응급의료에 관한 법률 제2조(정의), 제 9조 (응급의료의 설명·동의)
3. 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제3조(응급의료에 고나한 설명, 동의의 내용 및 절차)

[별첨] 동의서식의 종류

- 별첨1. 수술(시술, 마취)동의서
- 별첨2. 진정치료 동의서
- 별첨3. 조영제 사용하는 특수검사 동의서
- 별첨4. 고위험 약물(헤파린) 사용 동의서
- 별첨5. 심폐소생술 거부 동의서



입안자	규정관리위원장	
승인책임자	병원장	
서명일		

[별첨1] 수술(시술,마취)동의서

등록번호	
성명	
진료과	

<동의서>

전방경유 척추제간 골 유합술 및 후방 나사못 고정술

(ALIF + PPF)

1. 환자의 현재 상태

진 단 명			
수 술 명	전방경유 척추제간 골 유합술 및 후방 나사못 고정술		
점여 의뢰진	주 치 의(집도의 1)		전문의(전문과목:)
	주 치 의(집도의 2)		전문의(전문과목:)
시행 예정일	2016 년 월 일		

☐ 기원력 (질병, 상해, 전학) ☐ 특이체질 ☐ 기도 이상 유무
☐ 복통약물 ☐ 흡연여부 ☐ 마약사고 ☐ 유 · 무 임신가능성
☐ 고 · 저혈압 ☐ 당뇨 ☐ 심장질환 (협심증, 심근경색 등)
☐ 신장질환 (신장염, 신우신염 등) ☐ 알러지 (음식, 약, 금속, 꽃가루, 비염알러르기) ☐ 뇌질환 (중풍)
☐ 간질환 (지황간, 간염보균자 등) ☐ 갑상선질환 (갑상선종, 기능항진증 등) ☐ 암
☐ 인과질환 (뇌내장, 복내장 등) ☐ 비뇨기과질환 (전립선염 등) ☐ 신경계질환 (뇌이르제, 간질 등)
☐ 호흡기질환 (감기(천식), 호흡곤란, 폐결핵, 천식, 녹내장 등) ☐ 기타 질환 () ☐ 불결수인

2. 수술 설명사항

가. 수술의 목적 및 효과


- ▶ 신경압박 및 척추제간 유합 및 고정을 통해 허리통증 및 하지 통증, 호전, 척추 불안정증 해소, 마비 진형의 방지

나. 수술과정 및 방법, 수술부위 및 추정 소요시간

- ▶ 수술과정 및 방법 : 전신 마취 하에 복부절개를 통해 접근하여 병성된 디스크를 제거한 후 자가배나 인공케이지를 디스크 제거 부위에 넣어 불안정한 뼈를 안정시킨 후 환자 자세 변경과 후방 나사못을 삽입하여 척추체를 고정한다. 필요시 신경을 누르고 있는 뼈의 일부와 연대 및 결합조직을 제거할 수 있다.
- ▶ 소요시간 : 약 5-6 시간 (마취, 회복 : 7-9 시간) (수술 시간은 수술 범위에 따라 달라질 수 있음)
- ▶ 수술부위 (표지 여부) : 예 □

다. 발전 가능한 합병증(주요)의 내용, 정도 및 대처방법


- ▶ 신경 주변을 수술하기 때문에 수술시 신경상이 일어나게 되면 마비가 새롭게 발생할 수 있고 통증 증가 및 새로운 통증 발생, 감각변화 등이 생길 수 있다. 경우에 따라서 하지마비, 배뇨장

 **윌스기념병원**

등록번호	
성명	
진료과	

에, 성기능장애 등의 발생 가능성이 있지만 대개의 경우 시간이 지나면서 회복되는 경우가 많 다. 드물게 영구적 장애가 남는다는 보고도 있다.

- ▶ 다발한 손상시 다량의 출혈로 인한 쇼크가 올 수 있으며, 이에 따른 쇼크, 다발성 장기 손상(뇌경색 포함), 사망 가능성 있다. 출혈 많을수록 수술 필요할 수 있으며, 수술에 따른 부작용 있을 수 있다. 응급조치가 필요한 경우 3 차병원으로의 이송 및 치료가 필요할 수 있다. 출혈에 의한 신경압박이 발생될 경우 상황에 따라 수술이 필요할 수 있다(혈종 제거술 가능성). 환자의 체질이나 약물 복용 등에 따라 출혈성 경향이 높을 수 있다. 술 중 출혈이 많은 경우 수술을 중단하고 단계적으로 나누어 수술을 하는 경우도 있다.
- ▶ 경막 손상 발생할 수 있고, 이에 따라 뇌척수액 누출이 일어날 경우 장기간 증상 안정이 필요 하며, 필요시 뇌척수액 배액술 또는 수술이 필요할 수 있다. 뇌척수액 누출 발생시 감염 위험성 이 높아진다.
- ▶ 전방접근시 고강신경 자극 및 손상 가능성 있고, 이에 따라 양다리의 온도차이 및 남성의 경우 역형성 사정 유발 가능성 있다.
- ▶ 여러 내장기관 손상 가능성 있고, 이에 따라 추가적인 외과적 수술 필요할 수 있다.
- ▶ 내장기관에 자극이 가해지므로 장폐색 및 장마비 가능성이 높다. 또한 수 개월 혹은 수 년 후 탈장 가능성도 있다.
- ▶ 요관 손상 가능성 있으며 이에 따라 신장 손상 가능성 있고, 추가 수술 필요할 수 있고, 장기간 도뇨관 유지해야할 수 있다.
- ▶ 염통, 감염시 세척술 또는 균종 제거를 위한 재수술이 가능하고 장기간 강한 항생제를 쓰며 절대 안정이 필요하기에 장기입실이 요구된다. 부득이하게 장기간 장기적으로 해결이 되지 않을 경우, 감염전염병원으로 이송이 필요하며 최악의 패혈증으로 사망하는 경우가 있을 수 있다. 이물질들을 삽입하는 수술이기 때문에 감염 조절이 잘 안될 수 있고, 조절 안될시 자가, 인공배 또는 인공케이지, 나사못 등 제거 필요할 수 있다.
- ▶ 추후 수술부위의 반복적인 재발이나 유착발생, 척추 불안정성 증가는 같은 방식의 재수술 혹은 자가배나 인공케이지 삽입을 통한 유합술이 필요할 수 있다. 인접 척추부위의 변성이 진행될 수 있고, 다른 부위에서도 추가변환 발생하여 신경압박 등으로 인한 증상 발생시 추가 치료 필요할 수 있다.
- ▶ 기구 이탈, 손상 및 유합부전시 재수술이 필요할 수 있다.
- ▶ 전신마취를 하는 경우 기관삽관을 해야 하므로 지아 손상 가능성 있으며, 술 후 연하곤란 등이 생길 수 있다. 술 후 오심, 구토 발생 가능성 있으며, 일시적인 설상 보일 수 있다. 전신마취 후에는 배, 장 운동이 저하되어 무기폐, 장마비 등이 발생할 수 있으며, 이에 따른 추가 합병증 가능성 및 치료기간이 길어질 수 있다.
- ▶ 기타 장시간 수술 및 마취에 따라 전신 체력저하(특히 고령의 경우) 추가적인 합병증이 발생할 수 있다.
- ▶ 수술 중 장시간 부동자세로 있고, 술 후 활동가능하나 제한적이기 때문에 이에 따른 하지 심부정맥 색전증 및 이에 따른 폐색전증 가능성 있다.
- ▶ 술 후 유착도관 제거 후 일시적으로 소변장애 발생할 수 있다.
- ▶ 발생된 합병증에 따라, 추가적 수술, 재발치료, 약물치료, 안정치료 및 입원기간의 지연, 상황에

 **윌스기념병원**

등록번호	
성명	
진료과	

따라 3 차 병원으로의 전원 가능성이 있음

라. 수술관련 주의사항

- ▶ 술 후 증상 회복은 개인차가 있으며 영지 및 다리 통증은 술 후 빨리 호전되는 편이지만 만성 적인 요통, 배뇨장애, 위장감, 감각이상 등은 수개월에 걸쳐 천천히 회복되고 일부 증상은 지속 될 수 있다. 술 후 최장기간 중 통증의 호전과 악화가 반복되면서 점차 호전되는 경우가 많다. 빠른 회복을 위해서 장과에 따라 보완적으로 약물치료, 주사치료 및 물리치료 등이 필요할 수 있다.
- ▶ 완전한 골유합이 일어나기까지 개인차가 있으나 대략 6개월 정도의 기간이 필요하며 그 사이 통증의 호전과 악화가 반복될 수 있다. 6개월이 지나도 유합이 일어나지 않는 경우 추가 약제 사용할 수 있으며, 약제 사용함에도 최종적으로 유합되지 않는 경우도 있다.
- ▶ 보형 : 수술 다음 날 보조기 착용하고 보형가능하나 약 3 개월간 무리한 활동 금지.
- ▶ 보조기 착용 : 3 개월
- ▶ 삽입 제거 : 수술 후 10~14 일 사이
- ▶ 사후 : 삽입 제거 3 일 후 가능
- ▶ 척추강화 운동 : 수술 후 3 개월 후부터

마. 수술방법 변경 및 수술범위 추가 가능성

수술(시술·경사)과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 수술(시술·경사)방법이 변경되거나 수술범위가 추가 될 수 있습니다. ▶ 추가된 범위 :

바. 본 수술에 필요한 재료비, 수술료 등 비용에 항목은 본인부담한다.

(세보험은 병원에서 관여하지 않는다.)

사. 집도의(주치의)의 변경 가능성


수술(시술·경사) 과정에서 환자의 상태 또는 의료기관의 사정(응급환자의 진료, 주치의(집도의)의 질병, 출산 등 임신상 사유, 기타 변경 사유에 따라 부득이하게 주치의(집도의)가 변경 될 수 있습니다.

아. 기타

- 1) 시행 가능한 다른 치료방법
 - ▶ 보존적 치료 : 통증 지속 및 악화, 영구적 신경손상 가능성
 - ▶ 감압술만 시행 : 불안정증 악화, 추후 고정술 필요
- 2) 치료하지 않았을 경우의 예후
 - ▶ 통증 악화 및 마비 진행 가능
 - ▶ 보형 장애, 영구적 신경 손상 가능

나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

- ① 나(또는 환자)에 대한 수술(시술, 경사, 마취, 의식하진정)의 목적, 효과, 과정, 예상되는 합병증·후유증 등에 대한 설명(필요 시 보조 도환)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ② 이 수술(시술, 경사, 마취, 의식하진정)으로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 일어날 수도 있다는 점을 위 ①의 설명으로 충분히 이해했음을

 **윌스기념병원**

등록번호	
성명	
진료과	

확인합니다.

- ③ 이 수술(시술, 경사, 마취, 의식하진정)에 협력하고 이 동의서 제 1 조의 '환자의 현재상태'에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의 판단에 위임하여 이 수술(시술, 경사, 마취, 의식하진정)을 하는 데에 동의합니다.
- ④ 수술(시술·경사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술, 경사, 마취, 의식하진정)의 시행전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑤ 주치의(집도의)의 변경가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술, 경사, 마취, 의식하진정)의 시행전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.


귀하의 증상과 치료 및 후유증 등에 관한 상세한 설명을 들었으며, 빠짐없이 읽고 충분히 이해했다면, 오른쪽 공간에


‘듣고 읽고 이해했음’ 이라고 자필로 기재해 주십시오.


2016 년 월 일 시 분	
주 치 의 :	(서명)
환 자 명 :	(서명 또는 날인)
주민등록상의 성년동일:	집전화
주소:	휴대전화:
대리인(환자의) :	(서명 또는 날인) 집전화/휴대전화
주민등록상의 성년동일:	
주소:	


※ 대리인이 서명하게 된 사유

- 환자의 신체·정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못할(응급 상황)
- 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못할
- 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 공백함
- 환자 본인이 승낙에 관한 공한을 특정인에게 위임함
- (이 경우 별도의 위임계약서를 본 동의서와 첨부하여야 합니다)
- 기타

 **윌스기념병원**

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">등록번호</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">성명</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">진료과</td></tr> </table>	등록번호	성명	진료과					
등록번호									
성명									
진료과									
<마취동의서>									
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 10px;"> 1. 환자의 현재 상태 </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">진단명</td> <td></td> </tr> <tr> <td>수술명</td> <td></td> </tr> <tr> <td>마취통증의학과 의사</td> <td style="text-align: center;">(서명 또는 날인)</td> </tr> <tr> <td>시행 예정일</td> <td>2016년 월 일</td> </tr> </table> <div style="font-size: 0.8em;"> <input type="checkbox"/> 기왕력 (질병, 상해, 전작) <input type="checkbox"/> 특이체질 <input type="checkbox"/> 기도 이상 유무 <input type="checkbox"/> 복용약물 <input type="checkbox"/> 흡연여부 <input type="checkbox"/> 마약사고 <input type="checkbox"/> 유 · 무 임신가능성 <input type="checkbox"/> 고 · 저혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 심장질환 (협심증, 심근경색 등) <input type="checkbox"/> 신장질환 (신장증, 신우신염 등) <input type="checkbox"/> 알러지 (음식, 약, 금속, 꽃가루, 비염알러르기) <input type="checkbox"/> 뇌질환 (중풍) <input type="checkbox"/> 간질환 (지방간, 간염, 담낭염 등) <input type="checkbox"/> 갑상선질환 (갑상선증, 기능항진증 등) <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 안과질환 (녹내장, 백내장 등) <input type="checkbox"/> 비뇨기과질환 (전립선염 등) <input type="checkbox"/> 신경계질환 (노이로제, 간질 등) <input type="checkbox"/> 호흡기질환 (감기(현재), 호흡곤란, 폐결핵, 천식, 복막염 등) <input type="checkbox"/> 기타 질환 () <input type="checkbox"/> 중환수인 </div>		진단명		수술명		마취통증의학과 의사	(서명 또는 날인)	시행 예정일	2016년 월 일
진단명									
수술명									
마취통증의학과 의사	(서명 또는 날인)								
시행 예정일	2016년 월 일								
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 10px;"> 1. 마취 설명사항 </div> <p>가. 현 환자상태에 적합한 마취방법</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 전신마취 <input type="checkbox"/> 경막외마취 <input type="checkbox"/> 척추마취 <input type="checkbox"/> 상완신경총마취 </p> <p>나. 발현 가능한 부작용(후유증)의 내용, 정도 및 대처방법</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 마취약제 과민반응, 자세로 인한 말초신경손상 ➢ 악성 고열증(유전질환, 가족력 및 과거력 외에 미리 예측 불가) ➢ 마취 중 각성, 각성지연, 섬망 ➢ 두통(척추마취 후 침상안정) ➢ 순환기계 이상(저혈압, 고혈압, 부정맥, 심근경색 등), 간기능 이상, 신장기능 이상 ➢ 과다출혈로 인한 저혈량 쇼크, 대량 수혈로 인한 지혈 및 혈액응고 이상 ➢ 기도손상, 치아손상, 안구손상 ➢ 폐기능 이상(폐렴, 폐부종, 폐수종, 무기폐, 폐색전증 등) ➢ 심장관계 발현시 혈압상승제 및 수액투여로 조절, 폐기능 저하시 진해거담제, 아미노필린제 주사 및 suction 등으로 폐기능유지, 약에 의한 과민반응 발현시 steroid나 anti-histamine제 주사로 조절한다 									
 윌스기념병원									

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">등록번호</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">성명</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">진료과</td></tr> </table>	등록번호	성명	진료과
등록번호				
성명				
진료과				
<p>다. 마취 방법의 변경 가능성</p> <p>수술 준비 중 환자의 상태에 따라 부득이하게 마취방법이 변경될 수 있습니다. 다만, 이에 따라 환자 또는 대리인에게 추가로 설명하여야 하는 사항이 있는 경우 수술을 시행하기 전에 이에 대하여 설명하고 동의를 얻기로 합니다.</p> <p>라. 기타사항 (환자가 특별히 원하는 마취방법의 위장성 등)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 유 () <input type="checkbox"/> 무</p> <p>나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.</p> <p>① 나(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 목적, 효과, 과정, 예상되는 합병증·후유증 등에 대한 설명(필요 시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.</p> <p>② 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 일어날 수도 있다는 점을 위 ①의 설명으로 충분히 이해했음을 확인합니다.</p> <p>③ 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)에 협력하고 이 동의서 제 1 조의 '환자의 현재상태'에 대해 성실하고 지킬 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)을 하는 데에 동의합니다.</p>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>귀하의 증상과 치료 및 후유증 등에 관한 상세한 설명을 들었으며, 빠짐없이 읽고 충분히 이해했다면, 오른쪽 공간에</p> <p>'듣고 읽고 이해했음' 이라고 자필로 기재해 주십시오.</p> </div>				
2016년 월 일 시 분				
<p>환자명 : (서명 또는 날인)</p> <p>주민등록상의 성년월일: 집전화: </p> <p>주소: 휴대전화: </p> <p>대리인(환자의): (서명 또는 날인) 집전화/휴대전화 </p> <p>주민등록상의 성년월일: </p> <p>주소: </p>				
 윌스기념병원				

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">등록번호</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">성명</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">진료과</td></tr> </table>	등록번호	성명	진료과
등록번호				
성명				
진료과				
<p>※ 대리인이 서명하게 된 사유</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 환자의 신체·정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못할(응급 상황) <input type="checkbox"/> 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못할 <input type="checkbox"/> 설명하는 것이 환자의 상인에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함 <input type="checkbox"/> 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 <p style="font-size: 0.8em;">(이 경우 별도의 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 합니다)</p> <p><input type="checkbox"/> 기타</p>				
 윌스기념병원				

[별첨2] 진정치료 동의서

	등록번호 성명 진료과
--	-------------------

의식하 진정 설명 및 동의서

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

진단명			
검사 및 시술명			
주치의	시행예정일	년	월 일

☐ 기왕적 (질병, 상해, 전학) ☐ 특이체질 ☐ 기도 이상 유무
☐ 복통약물 ☐ 흡연여부 ☐ 마약사고 ☐ 유 · 무 임신가능성
☐ 고 · 저혈압 ☐ 당뇨 ☐ 심장질환 (협심증, 심근경색 등)
☐ 신장질환 (신장염, 신우신염 등) ☐ 알라지 (음식, 약, 금속, 꽃가루, 비염알레르기) ☐ 뇌질환 (중풍)
☐ 간질환 (지방간, 간염보균자 등) ☐ 갑상선질환 (갑상선종, 기능항진증 등) ☐ 암
☐ 안과질환 (녹내장, 백내장 등) ☐ 비뇨기과질환 (전립선염 등) ☐ 신경계질환 (노이로제, 간질 등)
☐ 호흡기질환 (감기(현재), 호흡곤란, 폐결핵, 천식, 녹막염 등) ☐ 기타 질환 ()

2. 설명사항

1) 진정의 목적 및 효과
 일반적인 검사 및 간단한 시술에서는 진정 없이 보통 진행됩니다. 그러나, 환자가 심한 불안감을 느끼거나 통증으로 검사 및 시술이 원활히 진행되지 않을 경우 진정을 한 후에 검사 및 시술을 진행할 수 있습니다.

2) 발전 가능한 합병증의 내용, 정도 및 대처방법

① **환자의 상태에 따라서는 적정량의 약제를 사용하였음에도 불구하고 진정상태에 도달하지 못하거나 오히려 환자의 협조도가 낮아져 검사 자체가 어려워지는 수도 있습니다. 이러한 경우 진정약물의 추가 투여로 문제를 해결할 수 있으나 회복시간이 조금 더 연장될 수 있습니다.**

② 부작용은 호흡 곤란 및 저산소증과 같은 호흡기계 합병증, 약박이 빨라지는 등의 심혈관계 합병증, 구역, 구토 등이 발생할 수 있으나 대개는 특별한 조치 없이 좋아집니다.

③ 호흡 억제로 인한 저산소증이 발생하는 경우 치료를 위하여 진정 약제에 대한 감항제를 주사하게 될 수도 있으며, 감항제 투여에도 불구하고 극히 드물게 호흡 억제가 지속되는 경우에는 응급 심폐소생술이 필요할 수 있고, 이런 경우에는 일련 치료를 요할 수도 있습니다.

④ 본원에서는 검사 도중 발생하는 심해 합병증을 방지하기 위하여, 수면모니터링 장치를 사용중 (산소포화도 체크)이며, 수면 무호흡이 발생할 때는 산소투여를 하고 있습니다.

	등록번호 성명 진료과
--	-------------------

3) 의식하 진정 시 주의사항

① 진정 약제 투여로 인해 검사 후 하루 정도 어지러울 수 있으나 넘어지지 않도록 주의하셔야 합니다.

② 검사 당일에는 자가운전이나 집중력을 필요로 하는 작업은 하지 말아야 하며, 중요한 약속이 나 업무는 피해야 합니다.

나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

① 내(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 목적, 효과, 과정, 예상되는 합병증, 후유증 등에 대한 설명(필요 시 분지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.

② 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)로서 불가항력으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 일어날 수도 있다는 점을 위 ①의 설명으로 충분히 이해했음을 확인합니다.

③ 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)에 협력하고 이 동의서 제 1 조의 '환자의 현재상태'에 대해 성실히 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의 판단에 위임하여 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)을 하는 데에 동의합니다.

귀하의 증상과 치료 및 후유증 등에 관한 상세한 설명을 들었으며, 빠짐없이 읽고 충분히 이해했다면, 오른쪽 공간에

‘듣고 읽고 이해했음’ 이라고 자필로 기재해 주십시오.

20 년 월 일 시 분

설명의사 (서명)

환자 (서명)

보호자(법정대리인) (서명)

환자와의 관계 : 환자의

※ 대리인이 서명하게 된 사유

대리인 성명 : (서명) 환자와의 관계 : 환자의

전화/휴대전화 :

사유 : ☐ 환자의 신체·정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함(응급 상황)

	등록번호 성명 진료과
--	-------------------

☐ 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함
☐ 환자 본인이 술취에 관한 권한을 독점인에게 위임함
 (이 경우 별도의 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 합니다)
☐ 기타

[별첨3] 조영제 사용하는 특수검사 동의서

	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 등록번호 성명 전과과 </div>
--	---

CT 및 기타 조영제 사용 동의서

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

진 단 명			
검사명			
주 치 의	시행예정일	년	월 일
<input type="checkbox"/> 기흉액 (질병, 신장, 간학) <input type="checkbox"/> 복막유출 <input type="checkbox"/> 복막유출 <input type="checkbox"/> 흉골연골 <input type="checkbox"/> 마약사고 <input type="checkbox"/> 유 · 주 삽입가능성 <input type="checkbox"/> 고 · 지혈 <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 심장질환 (심음소, 심전도) <input type="checkbox"/> 뇌질환 (중풍) <input type="checkbox"/> 신장질환 (신장관, 신우신염 등) <input type="checkbox"/> 알러지 (음식, 약, 금속, 꽃가루, 비염알러지 등) <input type="checkbox"/> 뇌출혈 (중풍) <input type="checkbox"/> 간질환 (지방간, 간염보조자 등) <input type="checkbox"/> 갑상선질환 (갑상선종, 기능항진증 등) <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 안과질환 (녹내장, 백내장 등) <input type="checkbox"/> 비뇨기과질환 (전립선염 등) <input type="checkbox"/> 신경계질환 (뇌이로제, 간질 등) <input type="checkbox"/> 호흡기질환 (감기(한자), 호흡곤란, 폐렴, 천식, 녹막염 등) <input type="checkbox"/> 기타 질환 ()			

2. 설명사항

1) **검사의 목적 및 효과**
 방사선 진단분야에 있어서 일반X-선 진단이 어려운 부위 또는 일반방선 CT, MRI 조종과 검사 후 그 정확도를 높이기 위하여 조영제 라는 특수한 주사약을 인체 내에 투여하여야 합니다.

2) **검사부위 및 주정 소요시간**
검사 부위 : ☐ Abdomen ☐ Chest ☐ Brain ☐ Pelvis ☐ Angio- ☐ 기타부위 :
시술방법 : 일반방선 주사약과 마찬가지로 혈관 내로 주사하며, 대체로 수시 내에 신장을 통하여 소변으로 배출됩니다.(조영제의 양은 클수록, 나이, 검사 종류에 따라 다릅니다.)
 소요시간 : 30 분~1 시간(검사 및 환자 컨디션에 따라 달라질 수 있음)

3) **발현 가능한 합병증의 내용, 정도 및 대처방법**
 조영제 주입 시에 약간의 열감 외에 도열감에 따라 부작용이 일어날 수가 있습니다. 특히 알레르기, 천식, 심장증 등이 있거나 과거 약물부작용의 경력이 있는 경우에는 합병증의 발생 빈도가 비교적 높다고 알려져 있습니다. 경미하자는 가벼운 구토, 두드러기, 가려움, 기침, 콧물, 발진 효과 호흡 곤란 등이 있으나 이는 즉각적인 조치를 취하거나 경과관찰 정도로 중상이 사라집니다. 그러나 심한 경우 저혈압, 속(shock), 경련, 시력, 호흡곤란이 나타나고 적절한 치료를 해야 하는 경우가 있으며 극히 드물게 사망에 이르는 경우도 보고 되어 있습니다. 이러한 부작용에 대해 저희 병원에서는 사전 반응검사 및 응급처치의 준비가 갖추어져 있어 두려워할 필요는 없습니다

윌스기념병원

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">등록번호</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td>성명</td><td></td></tr> <tr><td>전과료</td><td></td></tr> </table>	등록번호		성명		전과료	
등록번호							
성명							
전과료							
<p>4) 검사방법 변경 및 수술범위 추가 가능성 검사과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 검사방법이 변경되거나 검사범위가 추가 될 수 있습니다. ➔ 추가된 범위 :</p>							
<p>나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.</p> <p>① 나(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 목적, 효과, 과정, 예상되는 합병증, 후유증 등에 대한 설명(문로 시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.</p> <p>② 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 일어날 수도 있다는 점을 위 ①의 설명으로 충분히 이해했음을 확인합니다.</p> <p>③ 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)에 협력하고 이 동의서 제 1 조의 '환자의 현재상태'에 대해 성실히 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)을 하는 데에 동의합니다.</p> <p>④ 수술(시술,검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.</p> <p>⑤ 주치의(집도의)의 변경가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.</p>							
<p>여하의 증상과 치료 및 후유증 등에 관한 상세한 설명을 들었으며, 빠짐없이 읽고 충분히 이해하였다면, 오른쪽 공란에</p> <p>‘done 읽고 이해했음’ 이라고 자필로 기재해 주십시오.</p>							
<p>2016년 월 일 시 분</p>							
주 치 의 :	(서명)						
환 자 명 :	(서명 또는 날인)						
주인등록상의 생년월일:	집전화						
주소:	휴대전화:						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">등록번호</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td>성명</td><td></td></tr> <tr><td>전과료</td><td></td></tr> </table>		등록번호		성명		전과료	
등록번호							
성명							
전과료							

등록번호	
성명	
전료과	

대리인(환자의): (서명 또는 날인) 집전화/휴대전화

주민등록상의 성년출일:

주소:


※ 대리인이 서명하게 된 사유

대리인 성명 : (서명) 환자와의 관계 : 환자의

전화/휴대전화 :


사 유 :

- ☐ 환자의 신체·정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함(중증 상환)
- ☐ 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
- ☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함
- ☐ 환자 본인이 손박에 관한 권한을 특정인에게 위임함
(이 경우 별도의 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 합니다)
- ☐ 기타


 월스기념병원

[별첨4] 고위험 약물(헤파린) 사용 동의서

헤파린 사용 동의서									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">No.</td> <td style="padding: 2px;">Age.</td> <td style="padding: 2px;">Sex.</td> <td style="padding: 2px;">Dept.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Name.</td> <td style="padding: 2px;">Ward.</td> <td style="padding: 2px;">Room.</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	No.	Age.	Sex.	Dept.	Name.	Ward.	Room.		병명 : _____ 수술 / 검사명 : _____ 의사 : _____ 인 (서명) 간호사 : _____ 인 (서명)
No.	Age.	Sex.	Dept.						
Name.	Ward.	Room.							
<p>본인은 본인(또는 환자)에 대한 수술(검사, 마취)의 필요성, 내용, 예상되는 합병증, 후유증 (별지참조) 등에 대하여 설명을 의사로부터 들었으며, 본 수술(검사, 마취)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 우발적 사고가 일어날 수도 있다는 것을 사전 설명으로 충분히 이해하면 수술(검사, 마취)에 협력할 것을 서약하고, 다음 사항을 성실히 고지하며 이에 따른 의학적 처리를 주치의 판단에 위임하여 수술(검사, 마취)을 하는데 동의합니다.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <ul style="list-style-type: none"> ● 기 알 려 : _____ ● 알 레 트 기 : _____ ● 특 이 체 질 : _____ ● 고 저 혈 압 : _____ ● 심 장 병 : _____ ● 약으로 인한 사고 : _____ ● 기 타 : _____ </div> <div style="width: 48%;"> <ul style="list-style-type: none"> ● 복용약물 : _____ ● 기도이상유무 : _____ ● 출혈소인 : _____ ● 호중기질환 (기립, 가래 등) : _____ ● 신장질환 (부종 등) : _____ ● 당뇨병 : _____ ● 마약사고 : _____ </div> </div> <p>환자명 : _____ (서명 또는 날인) 주민등록번호 : _____ 전화 : _____ 주소 : _____</p> <p>환자가 서명할 수 없는 이유 :</p> <p><input type="checkbox"/> 의사결정을 하기 힘든 신체적 정신적 장애가 있는 경우</p> <p><input type="checkbox"/> 미성년자의 경우</p> <p><input type="checkbox"/> 동의서의 내용을 설명했을 시 환자의 심신에 중대한 영향을 미칠 것0 우려되는 경우</p> <p><input type="checkbox"/> 환자 본인이 동의를 독정인에게 위임하는 경우</p> <p>** 개면정보 제공에 동의 합니다 <input type="checkbox"/></p> <p>대리인 (환자의) : _____ (서명 또는 날인) 생년월일 : _____ / _____ / _____</p> <p>+ 상기 의사의 상세한 설명은 이면지 또는 별지를 사용하며 환자가 본 동의서 사본을 원하면 교부할 수 있다.</p>									

 윌스기념병원

헤파린 사용 동의서(별지)				
성명		성명	○ 남 ○ 여	나이
등록번호		진료과		
<p>1. 적응증 : 하지 심부정맥 혈전증 예방과 치료</p> <p>2. 사용목적 :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 혈전 용해를 통해 폐색전증 등의 합병증 예방 2) 하지 부종 및 통증 완화 3) 혈전증 치료 <p>3. 부작용 :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 장기출혈 (뇌, 위 장관, 수술 부위 등) 2) 혈소판 감소증 3) 주사 부위 통증 및 피부괴사 4) 골다공증 심화 5) 알레르기 반응 (가려움, 저혈압, 쇼크 등) <p>본인은 본인(또는 환자)에 대한 투약의 필요성, 내용, 예상되는 부작용에 대하여 설명을 의사로부터 들었으며, 본 약제 투여로 인한 불가항력적으로 야기될 수 있는 부작용 또는 환자의 특이체질로 우발적 사고가 일어날 수 있다는 것을 사전 설명으로 충분히 이해하고 동의합니다.</p> <p style="text-align: right;">환자와의 관계 () 이 름 : _____ 서명 : _____</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">윌스기념병원</p>				

 윌스기념병원

[별첨5] 심폐소생술 거부동의서

심폐소생술 거부(DNR) 동의서

등록번호		이름	
성별/나이		진료과	
병실		날짜	
주소			

본인은 의사 으로부터 환자의 의학적 상태에 대한 설명을 들었고, 환자 상태에 대비하여 환자의 의견을 존중하고자 이를 기록 보관하려 합니다.

1. 심폐소생술

위 환자는 담당의의 소생이 불가능 하거나 죽음이 임박한 말기 상황에서 회복의 가능성이 희박하다고 판단되어 심장박동이나 호흡이 정지 되었을 때 생명을 위협하는 상태에 대한 치료인 심폐소생술을 시행하지 않겠습니다.

2. 위 환자는 다음에 선택한 치료와 검사만 시행하기를 요청합니다.

1. 순압제 및 항부정맥약 사용	()
2. 수액 및 혈액 제제 사용	()
3. 전체 를 포함한 일체의 심장 자극	()
4. 기도삽관 및 인공호흡기 착용	()
5. 중심정맥관 삽입	()

본인(환자 본인, 가족대표)은 의식이 명료한 만 20세 이상의 성인으로서 환자의 진단 및 상태와 위의 사항에 대하여 의사로부터 충분히 설명을 들었으며, 상기된 치료의 목적과 결과를 이해하였습니다. 본인은 앞으로 의뢰진이 치료 과정에서 위의 사항을 고려하여 진료해 주시길 요청합니다.

20 년 월 일

주 치 의 : (인)
 환 자 명 : (인)
 보호자 서명 : (인)
 환자와의 관계 : 환자의


대리인 서명 사유

☐ 환자의 신체·정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함.

☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함.

☐ 환자 본인이 순낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함.

☐ 기타


윌스기념병원