

고위험 시술 및 검사 동의서(갑상선결절)

병록번호	<input type="text"/>	성명	<input type="text"/>	생년월일	<input type="text"/>
성별/나이	<input type="text"/>	진료과	<input type="text"/>	주치의	<input type="text"/>
시행예정일	<input type="text"/> <input type="text"/>	병동/병실	<input type="text"/>		

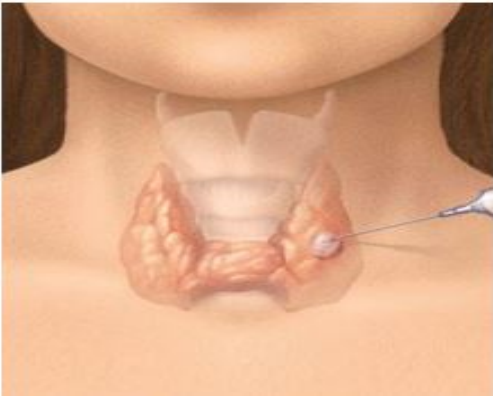
1. 환자의 현재 상태

진단명	갑상선 결절				
시술명	세침 흡인검사				
참여의료진	집도의 1	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 전문의	(전문과목 :	<input checked="" type="radio"/>)
	집도의 2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 전문의	(전문과목 :	<input checked="" type="radio"/>)

고.저혈압	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	당뇨병	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	심장질환	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무
신장질환(부 종 등)	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	호흡기질환 (기침,가래 등)	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	뇌혈관질환	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무
과거병력(질 병.상해.수 술)	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	출혈소인	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	기도이상유무	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무
복용약물	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	특이체질(알 레르기)	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	흡연여부	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무
임신여부(가 능성)	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	기타 (마약사 고 등)	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무		

2. 시술의 목적 및 효과

종괴의 암 여부를 확인함



3. 수술 과정 및 방법, 수술부위 및 추정소요시간

방법 : 초음파로 확인하며 종괴 안으로 세침을 꼽고 결절내 세포를 흡인하여 검사
위치 : 갑상선 우엽, 좌엽
소요시간 : 10분

4. 발현 가능한 합병증(후유증)의 내용, 정도 및 대처방법

출혈-부종 -> 호흡곤란 발생시 즉시 내원해야함.

5. 시술 후 주의사항

저녁부터 씻으셔도 됩니다.
검사 결과는 5~7일 걸림.

6. 수술 방법의 변경 가능성

결절이 여러 부위에 있으면 여러 부위 검사 합니다.

7. 선택가능한 대체방법(다른방법)

본 방법이 최소 침습적인 방법 입니다.

8. 주치의(집도의)의 변경 가능성

수술과정에서 환자의 상태 또는 의료기관의 사정(응급환자의 진료, 주치의(집도의)의 질병.출산 등 일신상사유, 기타 변경사유 : ()에 따라 부득이하게 주치의(집도의)가 변경될 수 있습니다. 이 경우 수술의 시행 전에 환자 또는 대리인에게 구체적인 변경사유를 설명하고 이에 대하여 설명하고 서면동의를 얻습니다. 다만, 수술의 시행 도중 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 집도의 변경이 요구되는 경우에는 이에 따른 수술의 시행 후에 지체 없이 구체적인 집도의의 변경 사유 및 수술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.

9. 미시행시 예상되는 결과

암 여부 알지 못함.

10. 기타사항 및 환자의 특이사항 (* 의사의 상세한 설명은 이면지 또는 별지를 사용할 수 있습니다.)

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

설명 의사 : <input type="text"/>	서명 <input type="text"/>
------------------------------	-------------------------

※ 나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

- ① 나(또는 환자)에 대한 수술의 목적, 과정, 예상되는 합병증.후유증 등에 대한 설명을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ② 이 수술로 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 ①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
- ③ 이 수술에 협력하고, 이 동의서 제1항의 환자의 현재 상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 수술을 하는 데에 동의합니다.
- ④ 수술 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑤ 주치의(집도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.

작성 일시 :	<input type="text"/>
---------	----------------------

환자명 : <input type="text"/>	서명 <input type="text"/>
주민등록상의 생년월일 : <input type="text"/>	집전화 : <input type="text"/>
주소 : <input type="text"/>	휴대전화 : <input type="text"/>

대리인 (환자의):

서명

주민등록상의 생년월일:

집전화:

주소:

휴대전화:

보호자가 서명하게 된 사유

- 환자본인이 보호자에게 동의권을 위임함
- 환자의 신체 정신적인 장애로 인하여 설명내용에 대하여 이해하지 못할것으로 사료됨
- 미성년자로서 설명내용에 대하여 이해하지 못할 것으로 생각됨
- 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠것으로 생각됨
- 기타 응급상황

보호자 개인정보 수집이용 동의

동의함 동의하지 않음

서명

개인정보의 수집 이용 목적 : 환자 상태에 대한 연락

수집하려는 개인정보의 항목 : 전화번호, 주소, 생년월일

개인정보의 보유 및 이용기간 : 진료기록의 보유기간과 동일

귀하는 개인정보의 수집.이용에 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부시 환자상태 변화로 인한 긴급한 연락이 되지 않을수 있습니다. 이점 양지하시기 바랍니다.

* 환자(또는 대리인)는 이 동의서 또는 별지 사본에 대한 교부를 요청할 수 있으며 요청 즉시 교부가 가능합니다. 단, 동의서 또는 사본 교부 시 소요되는 비용을 청구할 수 있습니다.

경기도의료원 파주병원 귀하