

고위험 시술 및 검사 동의서(기흉)

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"/>	병동/병실	<input type="text"/>		

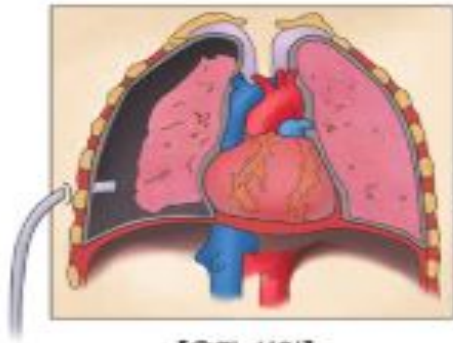
1. 환자의 현재 상태

진단명	기흉				
시술명	흉관삽입				
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(부종 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(질병, 상해, 수술)	<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(알레르기)	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	흡연여부	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무
임신여부(가능성)	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	기타 (마약사고 등)	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무		

2. 시술의 목적 및 효과

폐와 흉곽(늑막) 사이의 공기를 제거함 -> 폐가 펴짐 -> 혈액 순환이 원활해짐



【흉관 삽입】

3. 수술 과정 및 방법, 수술부위 및 추정소요시간

방법 : 폐와 흉곽(늑막) 사이에 관을 삽입함

위치 : 우측, 좌측

소요시간 : 국소마취, 수술시간 20분, 입원기간 보통 3일 ~7일, 14일 이상 호전 없을 시 수술고려

4. 발현 가능한 합병증(후유증)의 내용, 정도 및 대처방법

위치이상 - 재시술 가능

혈관손상, 출혈 - 수술가능

5. 시술 후 주의사항

폐가 잘 퍼지지 않으리시 suction 추가 할수 있음

6. 수술 방법의 변경 가능성

적음

7. 선택가능한 대체방법(다른방법)

바늘공기 제거 가능

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

혈액 순환이 되지 않아 생명에 위협이 갈수 있음.

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 : [] 서명 []

※ 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 : []

환자명 : [] 서명 []
주민등록상의 생년월일 : [] 집전화 : []
주소 : [] 휴대전화 : []

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