

척추 신경 차단술 동의서

병록번호		성명		생년월일	
성별/나이		진료과		주치의	
병동/병실					

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

진단명					
수술명	척추신경차단술	수술(시술)부위		(☐ 좌 ☐ 우)	
		표식필요여부		☐ 무 ☐ 유	
참여 의료진	주치의 (집도의1)		☒ 전문의(전문과목:)	☐ 일반의(진료과목:)	
	주치의 (집도의2)		☐ 전문의(전문과목:)	☐ 일반의(진료과목:)	
시행예정일		(24시간제 표시)			
과거병력 (질병, 상해전력)		☒ 무 ☐ 유 ☐ 미상		알레르기	
특이 체질		☒ 무 ☐ 유 ☐ 미상		☒ 무 ☐ 유 ☐ 미상	
고, 저혈압		☒ 무 ☐ 유 ☐ 미상		당뇨병	
복용 약물		☒ 무 ☐ 유 ☐ 미상		마약 사고	
흡연 여부		☒ 무 ☐ 유 ☐ 미상		기도 이상 유무	
심장질환 (심근경색증 등)		☒ 무 ☐ 유 ☐ 미상		출혈 소인	
신장질환 (부종 등)		☒ 무 ☐ 유 ☐ 미상		호흡기 질환 (기침, 가래 등)	
				기타	

* 수술참여 집도의가 다수인 경우 모두 기재해 주시기 바랍니다.

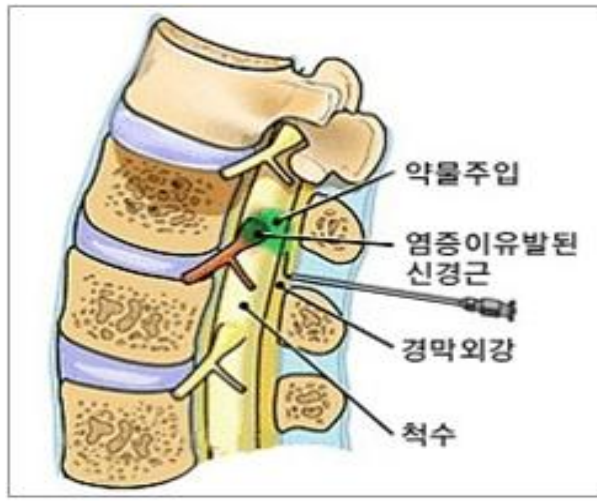
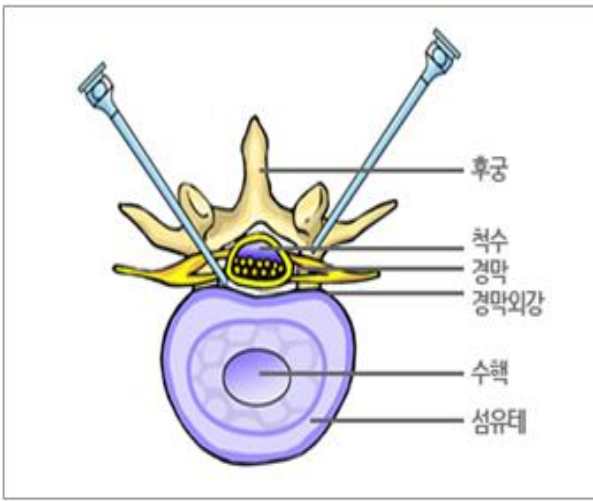
주치의(집도의1,2) 기재한 기재요령 : 주치의(집도의 1) 항목에는 환자의 주치의(집도의)정보를 기재.
주치의(집도의 2) 항목에는 당해 수술.시술 등에 있어 주치의(집도의1) 이외에 추가적으로 주치의의
역할(주된 수술역할 등)을 담당하는 의사가 있는 경우에 한하여 작성

2. 시술의 목적 및 효과

통증 완화 및 치료를 위해 시행하는 비수술적 요법입니다.

3. 시술과정 및 방법, 시술부위 및 추정 소요시간

- ☐ 신경 차단술 : C형 방사선 투사기를 보면서 병변 신경 근에 가는 튜브를 통해 약물을 주입합니다.
추정소요시간은 약 ()분입니다.
- ☐ 고주파 응고술 : 고주파 치료기를 이용하여 필수 형 고주파 응고를 통해 통증을 완화하는 시술입니다.
추정소요시간은 약 ()분입니다.
- ☐ FIMS(핀스) : C-arm을 이용해 통증의 원인을 찾고 신경과 근육을 자극하여 치료하는 방법으로
피부에 소량의 마취를 한 다음 특수제작된 바늘을 삽입하여 병변 부위를 확인하면서
신경과 근육에 자극을 줍니다. 추정소요시간은 약 20~30분입니다.
- ☐ 기타()



4. 발현 가능한 합병증(후유증)의 내용, 정도 및 대처방법

감각저하, 근력약화, 감염, 출혈, 동통 잔존 뇌척수액루

5. 수술 관련 주의사항

약물이 경막강내로 흘러 들어가면 척추부위 마취로 다리 힘이 풀리기 때문에 5-6시간 휴식이 필요합니다.

항혈전제를 드시는 분의 경우 경막의 혈종 가능성이 있습니다.

6. 선택 가능한 대체방법

일시적 효과를 낼 수 있는 진통제를 적용하는 방법이 있습니다.

7. 미시행시 예상되는 결과

지속적인 통증을 느낄수 있습니다.

8. 수술 방법의 변경 또는 수술 범위의 추가 가능성

수술과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 수술방법이 변경되거나 수술범위가 추가될 수 있습니다. 이 경우, 환자 또는 대리인에게 추가로 설명하여야 하는 사항이 있는 경우에는 수술의 시행 전에 이에 대하여 설명하고 동의를 얻도록 합니다. 다만, 수술의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 수술방법 변경 또는 수술 범위의 추가가 요구되는 경우에는 이에 따른 수술의 시행 후에 지체없이 그 변경 또는 추가의 사유 및 수술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.

9 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 집도의의 변경이 요구되는 경우에는 이에 따른 수술의 시행 후에 지체 없이 구체적인 집도의의 변경 사유 및 수술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.

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

※ 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.

설명 의사	의사명		서명	작성일시 (서명일시)	
환자본인	성명		서명	생년월일	
	주소			휴대전화	

--	--	--	--	--

대리인

성명

서명

생년월일

(환자의

주소

휴대전화

보호자 또는

법정대리인이

서명한 사유

☐ 환자의 신체적 정식적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함

☐ 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함

☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함

☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함

(이 경우 별도의 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 합니다.)

☐ 기타

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



경기도의료원 파주병원

GYEONGGI PROVINCIAL MEDICAL CENTER - PAJU HOSPITAL