



수술 및 마취 동의서

병록번호	진료과
성명	성별/나이
<input type="checkbox"/> 외래	<input type="checkbox"/> 중환자실 <input type="checkbox"/> 병동(호실)

수술 / 시술 / 검사명	
시행 (예정) 일	

■ 환자의 현재 상태 및 특이사항

- 특이사항 없음 고혈압 당뇨 심장질환(심근경색증 등) 신장질환(부종 등)
 결핵 간질환 알레르기 호흡기질환(기침 가래 등) 갑상선질환
 복용중인 약물 과거 수술 및 마취경험 기타()

■ 수술에 대한 설명

1. 목적 및 필요성

2. 과정 및 방법

3. 수술중이나 수술 후의 발현가능한 후유증 및 합병증

4. 수술을 하지 않았을 때의 결과

5. 시행가능 한 다른 방법



■ 마취에 대한 설명

1. 마취 방법

- 전신 척추 경막 외 마취 상완 신경총 차단 기타()

2. 목적 및 필요성

- 전신마취: 의식소실을 포함하여 무통각, 근육이완을 유도하여 수술이 가능한 상태로 만들
- 부위마취: 상지/하지 수술에서 국소마취제를 이용하여 신체 일부의 감각 및 운동을 차단

3. 과정 및 방법

- 전신마취: 활력징후 확인→정맥마취제/근이완제 등 투여→기도삽관→마취기에 의한 기계호흡
- 척추마취 및 경막 외 마취: 옆으로 눕거나 앉은 자세에서 등(척추강)에 주사바늘을 위치시킨 후 마취제 투여
- 상완 신경총 차단 - 겨드랑이, 쇄골 위 신경다발 주위에 바늘을 위치시킨 후 마취제 투여

4. 발현가능한 부작용 및 합병증

- 전신마취: 폐렴, 무기폐, 인후통, 쇄골소리, 치아손상, 심근경색, 뇌출혈, 기저질환 악화 등
- 부위마취: 시술부위의 감염, 출혈 및 혈종, 저혈압, 호흡곤란, 경막 천자 후 두통, 요저류, 감각이상 등

5. 마취방법의 변경 가능성

수술 준비 중 환자의 상태에 따라 부득이하게 마취방법이 변경될 수 있습니다. 다만, 이에 따라 환자 또는 대리인에게 추가로 설명하여야 할 사항이 있는 경우에는 수술 시행 전에 이에 대하여 설명하고 동의를 얻습니다.

6. 기타사항

- 환자의 치아상태가 불량(풍치, 흔들림, 보철 상태)하여 전신 마취 시 기관 삽관 과정에서 흔들림이 심해지거나 발치될 수 있습니다.(흡인 가능성에 따른 인위적 발치 포함)

본인은 본인(또는 상환자)에게 행하여질 (수술, 시술, 마취, 검사, 수혈)의 목적 및 필요성, 과정, 예상되는 합병증과 후유증, 미시행시 예상되는 결과 및 대안에 대하여 자세한 설명을 의사로부터 들었습니다. 따라서 불가항력적으로 또는 환자의 특이체질로 인하여 합병증 또는 우발적 사고가 일어날 수 있다는 것을 이해하였으므로, 만일 우발적인 사고 시 의학적 처리 등 제반사항을 귀 병원에 위임하기로 하며 주치의의 지시와 판단에 협조할 것을 서약하면서 상기(수술, 시술, 마취, 검사, 수혈)를 서면으로 동의합니다.

20 년 월 일 시 분

담 당 의 사 (설 명 의 사)

(서 명)

환자성명(또는 대리인 성명): _____ (자필서명) (관계: _____)

주 소: _____

연락처: _____ 생년월일: _____

환자 이외 대리인이 서명하게 된 사유

- 환자본인이 보호자에게 동의권을 위임함
- 환자의 신체 정신적인 장애로 인하여 설명내용에 대하여 이해하지 못함
- 미성년자로서 설명내용에 대하여 이해하지 못함
- 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것으로 생각됨
- 기타()
- 전화동의(환자의 의식이 없고 환자보호자 현장 부재 시)

대리인 개인정보 수집이용 동의

- 동의함 동의하지 않음 서명
- 개인정보의 수집 이용 목적 : 환자상태에 대한 연락
- 수집하려는 개인정보의 항목 : 전화번호
- 개인정보의 보유 및 이용기간 : 진료기록의 보유기간과 동일
- 귀하는 개인정보의 수집 이용에 동의를 거부할 수 있으며, 동의거부 시 환자상태 변화로 인한 긴급한 연락이 되지 않을 수 있습니다. 이점 양지하시기 바랍니다.

