수 술 동 의 서

병 록 번 호	
진료과/병동	
성 명	
성별 / 나이	

■ 진 단 명 :	
■ 수 술 명 :	
■ 시 행(예정)일 :	20 년 월 일

1. 환자의 현재 상태

☐ 특이사항 없음 ☐ 고혈압 ☐ 당 뇨 ☐ 심장질환
☐ 신장질환 ☐ 간질환 ☐ 알레르기 ☐ 결핵
☐ 복용중인 약물 ( ) ☐ 기 타( )

2. 수술의 목적 및 필요성

3. 수술과정 및 방법

4. 발현 가능한 합병증(후유증)의 내용

5. 수술 관련 주의 사항(수술 후 건강관리에 필요한 사항)

본인은 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

① 나(또는 환자)에 대한 수술의 목적·효과·과정·예상되는 합병증·후유증 등에 대한 설명(필요 시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.

② 이 수술로서 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 제1조의 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.

20 년 월 일 시 분

■ 담당의사(설명의사) : _____ (서명)

■환자성명: _____ (자필서명)	■대리인 성명 : _____ (자필서명) ■ 환자와의 관계 : ■ 연락처 :

※ 환자 이외 대리인이 서명하게 된 사유

- □ 환자의 신체 정신적 장애로 약정내용을 이해하지 못함
- □ 미성년자로 약정내용을 이해하지 못함
- □ 설명이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함
- □ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함(별도의 위임장 첨부)
- □ 기타( )

경기도의료원 이천병원
GYEONGGI PROVINCIAL MEDICAL CENTER — ICHEON HOSPITAL