

척추 신경 차단술 동의서

병록번호

성명

생년월일

성별/나이

진료과

주치의

시행예정일



병동/병실

1. 환자의 현재 상태

진단명				
시술명	<input type="checkbox"/> 신경차단술 <input type="checkbox"/> 고주파 응고술 <input type="checkbox"/> FIMS(핀스) <input type="checkbox"/> 기타()			
시술의 (주치의가 다를 경우 기재)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 전문의	(전문과목 : <input type="text"/>)	<input checked="" type="checkbox"/>

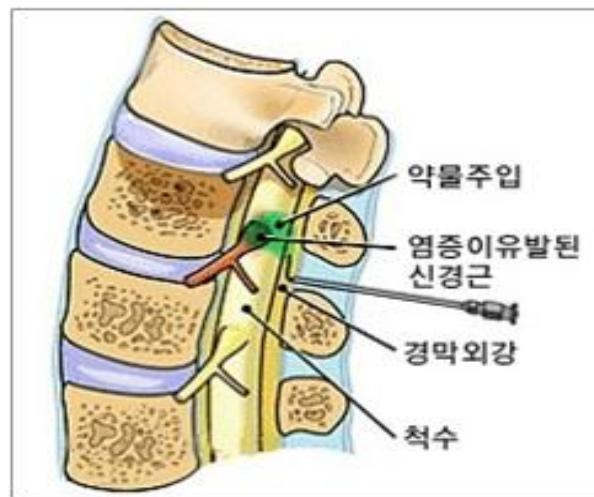
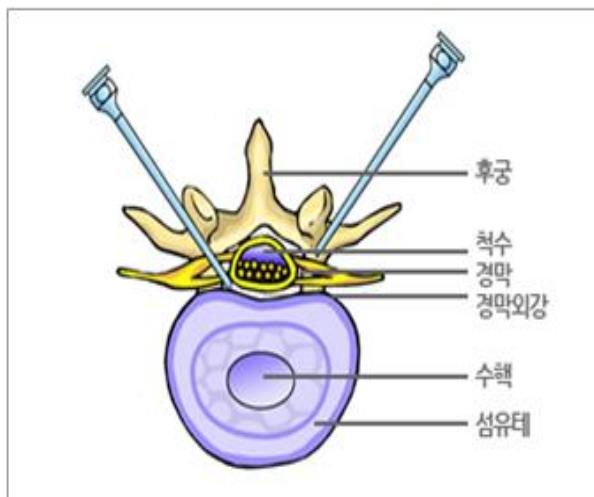
고.저혈압	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	당뇨병	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	심장질환	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무
신장질환(부종 등)	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	호흡기질환 (기침, 가래 등)	<input type="radio"/> 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

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 펄수 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, 통증 잔존 뇌척수액루

5. 수술 관련 주의사항

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

항혈저제를 드시는 분의 경우 경막외 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. 이경우, 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

시술과정에서 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.

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.

설명의사 : 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.

작성일시 :

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 생각됨

보호자 개인정보 수집이용 동의

동의함 동의하지 않음

서명

개인정보의 수집 이용 목적 : 환자 상태에 대한 연락

수집하려는 개인정보의 항목 : 전화번호, 주소, 생년월일

- 미성년자로서 설명내용에 대하여 이해하지 못할 것으로 생각됨
- 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠것으로 생각됨
- 기타 응급상황

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