

## 절제 생검 동의서

진단명			
수술/처치/검사			
참여 의료진	집도의1	이상철	■ 전문의(전문과목: 종양혈액내과), □ 일반의
	집도의2		□ 전문의(전문과목: ), □ 일반의(진료과목: )
시행 예정일	2024년 06월 10일		

## 1. 환자의 현재 상태

- 고혈압  저혈압  당뇨병  알레르기  흡연  특이소견없음
- 특이체질 \_\_\_\_\_  출혈소인 \_\_\_\_\_
- 투약사고 \_\_\_\_\_  기도이상 \_\_\_\_\_
- 수술력 \_\_\_\_\_  약물복용력 \_\_\_\_\_
- 기타질환 (심장, 호흡기, 신장질환 등) \_\_\_\_\_

## 2. 설명사항

## (1) 수술(시술, 검사)의 목적 및 효과

- 귀하의 현재 상태 : 촉진되거나 진단영상학적으로 확인된 종괴가 있습니다.
- 절제 생검 수술은 환자분에게 발견된 종괴를 제거하여 미용적 측면에서의 향상을 목적으로 할 뿐만 아니라 조직학적 검사를 통한 종괴의 확진을 통해 적절한 진단 및 치료를 하기 위해 필요합니다.

## (2) 수술(시술, 검사) 과정 및 방법

- 수술부위에 국소마취를 합니다.
- 반흔을 최소화 하되 종괴 제거를 효과적으로 할 수 있을 정도의 절개선을 표시합니다.
- 피부 절개를 가하고 종괴를 제거합니다.
- 수술부위 지혈 및 감염 예방을 위한 세척을 시행합니다.
- 피부를 봉합하되 필요 시 피부 이식을 시행할 수 있습니다.
- 소요 시간은 약 30 분 ~ 1 시간 30 분 가량 입니다.

## (3) 발현 가능한 합병증(후유증)의 내용, 정도 및 대처방법

- 본 수술을 시행 후 수술부 감염이 발생할 수 있으며, 이를 예방하기 위해 항생제를 투여할 수 있습니다.
- 수술부위에 혈종이 생길 수 있으며 지속적인 혈종 형성시 수술부위 불유합, 감염의 원인이 될 수 있습니다.
- 수술부위의 일시적인 감각 저하나 봉합부 반흔이 형성될 수 있습니다.

## (4) 수술(시술, 검사) 관련 주의사항 (수술 후 건강관리에 필요한 사항)

- 수술 부위의 회복 기간 중에는 상처 지연을 예방하기 위해 봉합사 제거 시까지 세수나 샤워를 삼갑니다.



| 진료과 : | 주민등록번호 : | 병실 :

- 2) 수술 부위의 과도한 신전 및 굴곡을 피합니다.
- 3) 수술 부위 주변을 청결하게 유지합니다.

**(5) 수술(시술, 검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성**

종양이 악성으로 밝혀진 경우 전이 여부 확인을 위한 영상학적 검사를 시행하거나, 종양 적출술 제거부위에 더 큰 범위로 재수술을 할 수 있습니다.

수술(시술, 검사) 과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 수술(시술, 검사)방법이 변경되거나 수술(시술, 검사)범위가 추가될 수 있습니다.

(수술(시술, 검사) 방법 및 범위 변경

변경된 방법 및 범위:

사유: )

(이 경우, 환자 또는 대리인에게 추가로 설명하여야 하는 사항이 있는 경우에는 수술(시술·검사)의 시행 전에 이에 대하여 설명하고 동의를 얻도록 합니다

다만, 수술의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 수술방법의 변경 또는 수술 범위의 추가가 요구되는 경우에는 이에 따른 수술의 시행 후에 지체 없이 그 변경 또는 추가의 사유 및 수술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.)

**(6) 주치의(집도의)의 변경 가능성**

수술(시술, 검사) 과정에서 환자의 상태에 또는 의료기관의 사정(응급환자의 진료, 주치의(집도의)의 질병, 출산 등 일신상 사유, 기타 변경사유)에 따라 부득이하게 주치의(집도의)가 변경될 수 있습니다.

(주치의(집도의) 변경

사유: )

(이 경우 수술(시술·검사)의 시행 전에 환자 또는 대리인에게 구체적인 변경사유를 설명하고 서면동의를 얻도록 합니다.

다만, 수술의 시행 도중에 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.)

**(7) 기타사항**

**1) 예정된 의료행위가 시행되지 않았을 때의 결과**

정확한 진단과 함께 그에 적절한 치료를 할 수 있는 시기를 놓칠 수도 있습니다.

**2) 시행 가능한 다른 치료방법 :  없음  있음**

나(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 목적·효과·과정·예상되는 합병증·후유증 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다. -----확인함

이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위의 설명으로 이해했음을 확인합니다. -----확인함

이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)에 협력하고, 이 동의서 제1조의 환자의 현재 상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)을 하는 데에 동의합니다. -----확인함

수술(시술·검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술·검사·마취·의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다. -----확인함



| 진료과 : | 주민등록번호 : | 병실 :

주치의(집도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다. -----확인함

본 치료방법의 수가 중 의료보험 요양급여 기준에 인정되지 않는 비급여 부분과 선택진료비는 본인이 전액 부담할 것을 동의합니다. -----확인함

20    년    월    일    시    분

< 설명의사 >

\* 이름 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_

< 환자 >

\* 이름 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_

\* 주민등록상의 생년월일: \* 집전화:

\* 주소: \* 휴대전화:

< 보호자 또는 대리인 >

\* 이름 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_

\* 주민등록상의 생년월일: \* 집전화:

\* 주소: \* 휴대전화:

\* 환자와의 관계 \_\_\_\_\_

< 대리인이 서명하게 된 사유 > [근거 : 공정거래위원회 수술동의서 표준 약관]

환자의 신체, 정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함

미성년자(만 19세 미만)로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함

설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠것이 명백함

환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함

(이 경우, 별도의 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 함)

기타 \_\_\_\_\_

\* 의사의 상세한 설명은 이면지 또는 별지를 사용할 수 있습니다.(이 동의서에 첨부함)

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

