



위내시경 동의서

등록번호	
성명	
성별/나이	
진료과	병실

진단명		
수술, 시술, 검사명	위내시경	
집도의:	<input type="checkbox"/> 전문의(전문과목:)	<input type="checkbox"/> 일반의(진료과목:)
시행예정일	20 년 월 일	

1. 환자상태(또는 진단명), 특이사항

- | | | | |
|---------|---|---------------|---|
| • 과거병력 | : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 | • 알레르기 | : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 |
| • 특이체질 | : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 | • 당뇨병 | : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 |
| • 고/저혈압 | : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 | • 마약사고 | : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 |
| • 복용약물 | : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 | • 기도이상 유무 | : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 |
| • 흡연여부 | : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 | • 출혈 소인 | : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 |
| • 호흡기질환 | : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 | • 심장 질환 | : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 |
| • 신장 질환 | : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상 | • 기 타 : | |

2. 시술/검사의 목적 및 필요성

식도나 위 십이지장 점막을 직접 눈으로 관찰하여 염증, 궤양, 용종, 암 등의 질환을 진단합니다.

3. 시술/검사과정 및 방법, 시술/검사부위 및 추정 소요시간

검사 전 가스제거제를 복용하고 목 마취를 위해 국소마취제를 구강 내에 뿌린 후 검사대에 눕습니다. 혀와 목에 힘을 빼고 코와 배로 심호흡을 하듯이 천천히 깊게 숨을 쉬면서 기침을 참고 지시에 따르면 쉽게 내시경 삽입이 가능합니다. 이후로는 검사자가 내시경으로 점막을 관찰하는 동안 환자는 천천히 복식호흡 하면서 구역질과 트림을 참고 입안에 고인 침을 삼키지 말고 자연스럽게 흘리면 됩니다.

4. 발현 가능한 합병증(후유증)의 내용, 정도 및 대처방법

검사 중 공기가 주입되는데 과도한 구역질을 하게 되면 인후통증, 식도열상 및 천공의 위험성이 있고 심한 경우 응급수술이 필요할 수 있으므로 인후통, 복통이 발생하면 반드시 병원으로 내원하십시오. 조직검사 혹은 헬리코박터균 검사가 필요한 병변이 발견되면 검사로 점막을 채취 할 수 있습니다. 이 경우 출혈이 발생하나 대부분의 경우 문제가 없습니다.

5. 시술·검사 전/후 환자가 지켜야 할 준수 사항(건강관리에 필요한 사항)

검사 전날 밤 10시 이후에는 금식(물, 음료수, 식사 등 일체)하셔야 합니다. 검사 후 최소 30분간 역시 금식 하십시오.(목 마취가 덜 풀렸을 가능성이 있기 때문입니다) 조직 검사를 시행한 경우는 3시간 이상 금식해야 합니다. 검사 시 발생할 수 있는 치아손상 및 주의사항에 대해 설명을 들었습니다.

6. 시술/검사방법의 변경 또는 수술 범위의 추가 가능성

수술(시술·검사) 과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 수술(시술·검사)방법이 변경되거나 추가될 수 있습니다. 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 수술범위의 추가가 요구되는 경우에는 이에 따른 수술의 시행 후에 지체 없이 그 변경 또는 추가의 사유 및 수술의 시행결과를 환자의 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.

7. 주치의(집도의)의 변경 가능성

수술(시술·검사)과정에서 환자의 상태 또는 의료기관의 사정(응급환자의 진료, 주치의(집도의)의 질병·출산 등 일신상의 사유, 기타 변경사유:)에 따라 부득이하게 주치의 (집도의)가 변경될 수 있습니다. 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 변경사유 및 수술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.

8. 시술/검사 이외의 시행 가능한 다른 치료방법

바륨을 이용한 위장 촬영술을 시행할 수 있습니다. 하지만 이 검사는 내시경 보다 진단율이 낮습니다.

9. 예정된 의료행위(치료)를 하지 않을 경우의 결과

식도나 위 혹은 십이지장에 발생하는 염증, 궤양, 암 등 여러 종류의 질환을 발견하지 못하여 치료시기를 놓치게 되는 일이 발생할 수 있습니다.

* 내시경 검사에서 이상이 발견되면 정확한 진단을 위해 조직검사가 필요한 경우가 있습니다. 때로는 감별진단을 위해 특수한 시약을 이용하여 조직 염색을 하게 되며 이 경우 진료 시 비용이 발생 할 수 있습니다.

조직검사 및 특수 염색에 대해 동의하십니까? 예 아니오

* 위내 헬리코박터균은 만성 위염, 위궤양, 위암의 원인이 됩니다. 위내시경 중 헬리코박터균 감염 의심 소견이 있으면 검사를 시행할 수 있으며 이경우 비용이 발생할 수 있습니다.

헬리코박터균 검사에 대해 동의하십니까? 예 아니오

※ 나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다

1. 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.
2. 이 수술(시술·검사, 마취, 의식하진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 1.의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
3. 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.
4. 수술(시술·검사)방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술·검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
5. 주치의(집도의)의 변경가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술·검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.

20 년 월 일 시 분

* 설명의사 : _____ (서명 또는 날인)

* 환 자 명 : _____ (서명 또는 날인)

휴대전화 _____

* 대 리 인 : _____ (서명 또는 날인)

환자와의 관계 : 환자의 _____

생년월일 년 월 일

휴대전화 _____

*** 대리인이 서명하게 된 사유**

- 환자의 신체·정신적 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 위임서 계약서를 본 동의서에 첨부 하여야 합니다)
- 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.