

정관절제술 동의서

등록번호	연령/성별	이름
진단명		
예정 수술명		
시행 예정일		

다음의 내용은 환자 본인이나 대리인(보호자)에게 예정된 수술에 대한 정보를 제공하고 자주적 의사에 따라 수술 여부를 결정하고, 수술 시행에 동의함을 확인하기 위해 제공하는 것입니다. 의사에게 추가 설명을 요청할 수 있고, 본 동의서 사본이 필요한 경우 의무 기록 사본 발급 절차에 따라 받을 수 있습니다. 환자분의 병력이나 알레르기, 복용 약 등 특이 사항에 대해서는 반드시 의료진에게 알려주셔야 합니다.

환자의 기왕력 및 현재 상태 현재 환자분께 해당사항이 있다면 표시하고 구체적으로 기입해 주십시오.

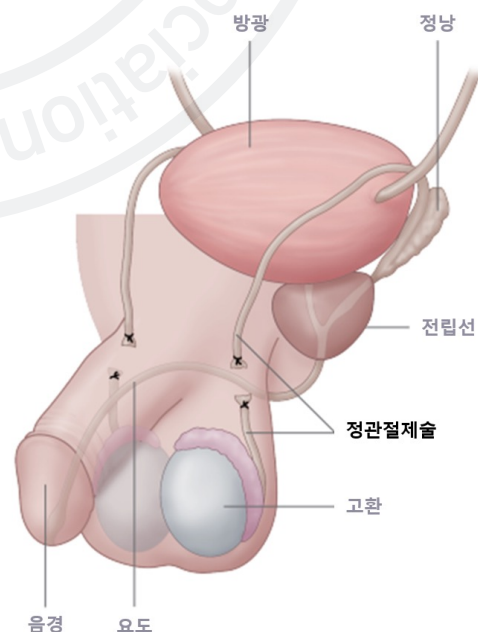
- | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 고혈압 | ☐ 당뇨 | ☐ 알레르기 | ☐ 특이체질 | ☐ 출혈소인 |
| ☐ 심장질환 | ☐ 신장질환 | ☐ 호흡기질환 | ☐ 복용약물 | |
| ☐ 기타 : | | | | |

1. 정의 목적

정관수술로 알려진 정관절제술은 고환에서 만들어진 정자가 수정을 위해 이동하는 경로인 정관을 막아 인공적으로 불임 상태를 만드는 수술입니다.

2. 과정 및 방법

정관절제술은 대표적인 남성 피임의 한 방법으로 시행하고 있습니다. 일반적으로 국소마취를 시행하고 음낭에 최소한의 피부절개를 가한 후 좌우측 정관을 결찰하거나 일부 절제하고 피부를 봉합하게 됩니다.



[그림] 정관수술의 부위. (이미지 출처: 대한비뇨의학회)

국소마취는 수술부위 주변의 특정 신경 주변에 마취약제를 주사하여 그 신경이 지배하는 부위의 감각을 느끼지 못하도록 합니다. 국소마취는 안전하고 효과적인 방법이지만 낮은 빈도라도 합병증이 나타날 수 있습니다. 국소마취의 부작용은 전신 독성, 통증, 혈종, 혈관천자, 신경병증으로 인한 이상감각 혹은 감각 소실 등이 있습니다.

3. 발생할 수 있는 합병증

- ① 수술 부위 감염과 출혈, 통증, 부고환염 등이 발생할 수 있습니다.
- ② 혈종 발생, 창상 치유 지연 등으로 추가적인 처치나 수술이 필요할 수 있습니다.
- ③ 사정 시 통증 및 혈정액증이 발생할 수 있습니다.
- ④ 수술 이후 만성적인 고환의 통증(postvasectomy pain syndrome)의 발생 가능성이 있습니다.
- ⑤ 정관절제 부위가 결절처럼 촉진될 수 있습니다.
- ⑥ 정관절제 부위가 서로 재문합되어 수정 가능한 정자가 통과하는 경우가 있으며, 이 경우 재수술이 필요합니다.
- ⑦ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

금욕, 보조피임기구(콘돔 등)를 통한 피임의 방법을 고려할 수 있습니다.

5. 수술과 관련된 주의사항

- ① 수술 직후 곧바로 불임 상태가 되는 것은 아니므로 수술 후 수정 가능한 정자가 나오지 않을 때까지 다른 피임 방법이 필요합니다. 수술 후 약 1~2개월 동안 최소 20회 이상 정액을 배출한 후, 정액검사를 통해 운동성이 있는 정자가 확인되지 않을 때까지는 철저한 피임을 해야 합니다. 따라서 반드시 병원에 내원하여 정자가 더 이상 검출되지 않는지를 확인하셔야 합니다. 수술 후 6개월이 지나도 운동성이 있는 정자가 관찰된다면 재수술을 고려해야 합니다.
- ② 수술 후 최소 일주일 이상의 기간 동안 사정을 피해야 합니다.
- ③ 수술 후 일정기간 과도한 육체적인 활동은 피하고, 샤워는 3-5일 후부터 가능합니다.

본인은 의사로부터 본 수술의 목적, 과정 및 방법, 발생할 수 있는 합병증, 선택할 수 있는 다른 치료방법, 수술과 관련된 주의사항 등에 대해 충분한 설명을 듣고 이해하였습니다.

환자(대리인) 성명 : _____ 서명 _____

환자와의 관계 : _____

수술에 참여하는 의사(집도의) 성명 : _____ 서명 _____

본인은 본 수술의 필요성, 수술 과정 및 예상되는 합병증과 후유증 등에 대하여 자세한 설명을 의사로부터 들었고, 본 수술로써 불가항력적인 합병증이 야기될 수 있다는 것에 대한 사전 설명을 충분히 듣고 이해하였으며, 의학적 처리를 의료진의 판단에 위임하여 수술과 마취를 시행함에 동의합니다. 아울러 수술과 치료에 따른 모든 지시사항을 충실히 이행하며 의료진의 지시와 판단에 전적으로 협조할 것을 서약합니다.

작성일자 : 년 월 일

설명 의사 성명 : 서명 _____

환자(대리인) 성명 : 서명 _____ 환자와의 관계 : _____

[대리인이 서명하게 된 이유]

- ☐ 환자 본인이 수술 및 마취 등 의료행위에 대한 제반 결정사항을 대리인에게 위임함.
- ☐ 미성년 환자로서 수술 및 마취 등 의료행위와 관련된 의사결정에 보호자의 도움이 필요함.
- ☐ 직접적인 설명 및 동의를 구하는 행위가 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것으로 판단됨.
- ☐ 환자의 신체적·정신적 장애로 수술 및 마취에 대하여 이해하지 못할 것으로 판단됨.
- ☐ 기타 :