

단순 고환절제술 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 :				

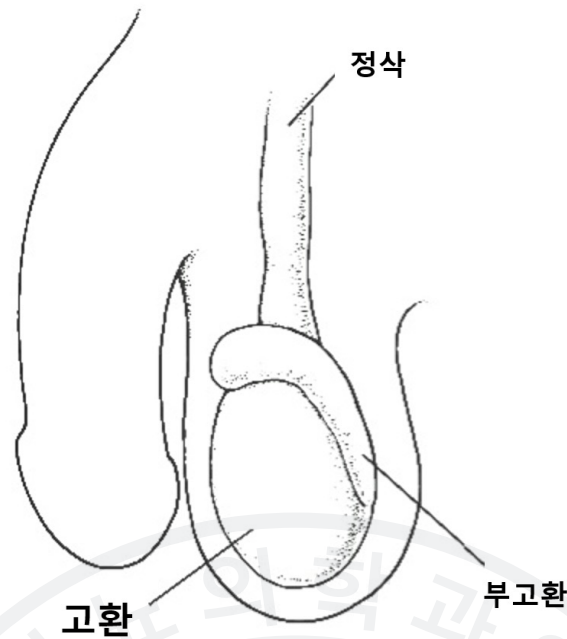
1. 정의 목적

단순 고환절제술은 고환의 외상이나 감염으로 고환이 손상된 경우, 이미 위축되어 기능이 없는 고환, 치료되지 않는 만성 고환 통증 등에서 고환과 그 부속기를 절제하여 제거하는 수술입니다. 고환암이 진단된 경우 서혜부로 절개하여 접근하는 근치적 고환절제술을 시행합니다.

2. 과정 및 방법

전신마취나 척추마취, 국소마취로도 가능하며 환측 음낭의 피부를 절개하고 음낭의 피하 조직인 음낭근막과 정삭근막, 고환의 초막을 절개하여 환측 고환을 노출시킨 후 고환으로 주행하는 신경과 혈관, 정관이 지나가는 정삭을 결찰하고 고환과 부고환을 절제합니다. 간혹 미용적인 목적으로 인조 고환을 동시에 삽입하는 경우 수술 부위 창상의 안전을 위해 서혜부로 절개를 가하여 고환절제술을 시행하기도 합니다.

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



3. 발생할 수 있는 합병증

- ① 수술 부위의 감염, 통증이 발생할 수 있습니다.
- ② 음낭 혈종 : 수술 후 음낭에 출혈로 인한 혈종이 생성될 수 있으며, 대증적 치료로 회복되지만 상황에 따라 재수술이 필요할 수 있습니다.
- ③ 절제된 고환에서 악성세포가 발견되는 경우 환측 음낭의 절제가 필요할 수 있습니다.
- ④ 수술 후 음낭의 위축으로 미용상의 문제가 발생할 수 있습니다.
- ⑤ 반대측 고환이 정상인 경우 수술 이후 남성호르몬과 정자의 생성이 정상적으로 유지될 수 있으나 반대측 고환의 기능 부전이 있다면 수술 이후 남성호르몬 부족으로 인한 성선기능저하증의 다양한 증상이 유발될 수 있고, 난임의 가능성도 배제할 수 없습니다.
- ⑥ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

고환절제술이 필요한 경우는 흔하지 않고, 의료진은 일반적인 치료로 고환을 보존하는 방법을 먼저 고려합니다. 고환절제술 시행을 결정한 경우 그 원인에 따라 고환의 보존이 불가능하여 피치 못하게 시행하는 경우가 대부분이므로 상황에 따라 의료진과 상의하여 신중하게 결정하는 것이 중요합니다.

5. 수술과 관련된 주의사항

- ① 수술 이후 회복기간 동안 무리한 신체활동은 삼가는 것이 좋습니다.
- ② 창상 감염의 위험이 있으므로 5~7일간은 물이 닿지 않게 관리해야 하며, 상처 소독은 의료진의 지시에 따라야 합니다.
- ③ 처방받은 약은 반드시 용법에 맞게 복용해야 합니다.
- ④ 음낭이 붓거나 심한 통증, 외음부에 멍이 든 것처럼 보인다면 병원에 연락을 주셔야 합니다.

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 :