

음경확대 필러 주입 수술 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

음경 둘레 확대를 위하여 음경의 피하조직에 필러를 주입하는 수술입니다. 필러는 부피감을 개선하기 위해 어떤 물질을 채워주는 것으로, 통상적으로 히알루론산 성분이 대표적입니다. 음경의 진피층 아래에 주사를 이용해 필러를 주입하여 음경 둘레를 확대할 수 있습니다.

2. 과정 및 방법

마취와 피부 소독 후 원하는 부위에 바늘을 삽입하여 필러를 주입하게 됩니다. 음경의 여러 부위에 나누어 주입이 필요하 기도 하며 수술 시간은 주입량에 따라 20~30분 내외 소요됩니다.

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

3. 발생할 수 있는 합병증

- ① 출혈 및 감염, 염증, 통증이 있을 수 있습니다.
- ② 요도, 음경해면체, 고환 등의 주위 조직 손상 가능성이 있습니다.
- ③ 주입 부위의 감염 위험이 있고 피부의 미란이나 궤양, 괴사 등이 일어날 수 있습니다.
- ④ 주입 부위 및 음경의 원위부, 귀두 주위의 감각저하나 이상감각이 발생할 수 있습니다.
- ⑤ **필러가 주입된 후 위치가 이동할 수 있고, 주입 물질은 시간이 지나며 흡수되어 소실됩니다.**
- ⑥ 추가적인 필러 주입이 필요할 수 있고, 주입량을 나누어 분할 주사하는 경우도 있습니다.
- ⑦ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

실리콘 등의 보형물을 피하에 삽입하거나 대체진피, 자가지방이식 등 충전제를 삽입하여 외형을 확대해 볼 수 있으나 주사를 이용한 방법은 필러 주입이 유일합니다.

5. 수술과 관련된 주의사항

- ① 본 수술과 관련된 부작용의 진료는 모두 국민건강보험의 적용 대상이 아니므로, 일체의 **진료 행위는 모두 비급여 대상**(수술, 처치, 약제비, 입원비 등)입니다.
- ② 의료진의 지시가 있기 전에 성관계는 삼가합니다.
- ③ 외래 진료를 통한 정기적 추적 관찰 및 추가 검사가 필요합니다.

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 :