

배부신경차단술 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.

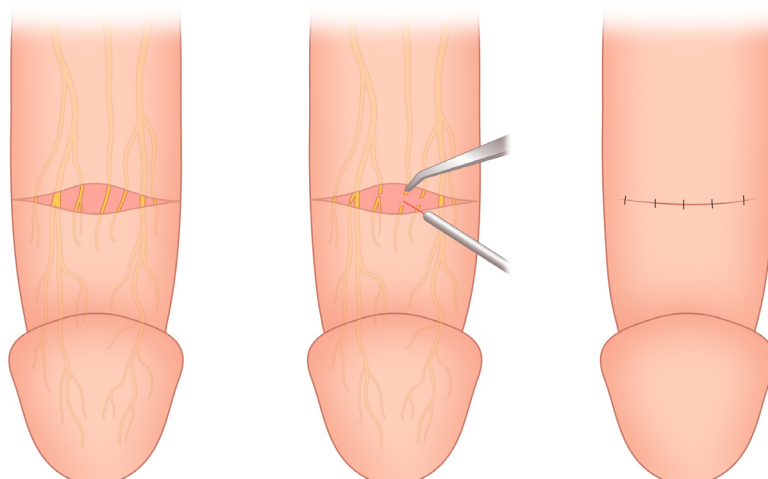
환자의 기왕력 및 현재 상태 현재 환자분께 해당사항이 있다면 표시하고 구체적으로 기입해 주십시오.				
☐ 고혈압	☐ 당뇨	☐ 알레르기	☐ 특이체질	☐ 출혈소인
☐ 심장질환	☐ 신장질환	☐ 호흡기질환	☐ 복용약물	
☐ 기타 :				

1. 정의 목적

배부신경차단술은 의학적으로 100% 필요하지는 않지만, 남성 생식기의 과민한 감각으로 사정까지 시간이 너무 짧아 만족스럽지 않은 경우, 음경과 귀두의 감각을 담당하는 음경배부신경을 차단하는 수술이며, 비보험으로 시행하게 됩니다.

2. 과정 및 방법

국소마취 후 음경 배부의 피부를 절개하고 음경과 귀두의 감각을 담당하는 배부 신경 가지의 일부를 절찰하거나 절단하여 차단합니다.



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 출혈 : 출혈이 발생하여 수술 부위에 혈종이 형성될 수 있습니다.
- ② 수술 부위의 감염이 있을 수 있습니다.
- ③ 통증은 상처가 완전히 아무는 2주 정도 지속될 수 있습니다.
- ④ 수술과 연관성은 없지만 수술 후 발기부전이 발생할 수 있습니다.
- ⑤ 성관계는 수술 2~4주 후 가능합니다.
- ⑥ 드물지만 수술 후 신경차단으로 인한 귀두부의 이상감각이 발생할 수 있습니다. 이상감각 증상의 회복기간 동안 추가적 약물치료가 필요할 수 있습니다.
- ⑦ 심인성 조루가 같이 동반되었던 경우는 수술적 치료 후에도 증상이 지속되어 약물 등 추가적 치료가 필요할 수도 있습니다.
- ⑧ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

약물치료와 행동치료가 조루증의 1차 치료입니다.

5. 수술과 관련된 주의사항

- ① 수술은 큰 합병증이 없는 안전한 수술이지만, 수술 성공률이 50%이며, 30%는 1년 내에 재발할 수도 있고, 15%에서는 사정지연(지루)이 되는 경우도 있으므로 1차 치료인 약물 및 행동치료부터 시행하고, 결과가 만족스럽지 않을 때 수술을 선택하는 것이 바람직합니다.
- ② 수술 후에도 약물치료와 행동치료를 병행하는 것이 좋습니다.
- ③ 조루증의 제반 치료는 **건강보험적용을 받지 못하는 비급여 진료**입니다.

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 :