

음부 콘딜로마 제거술 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

대표적인 생식기 사마귀인 콘딜로마(곤지름, Condyloma acuminatum)는 인간유두종바이러스(HPV) 감염에 의해 발생합니다. 남성의 경우 외부생식기나 요도, 항문 주위에, 여성의 경우 음부, 자궁경부, 서혜부 및 항문 등 습윤부에 다발성으로 발생할 수 있어 면밀한 진찰이 필요합니다. 생식기 사마귀는 전염력도 강하고, 피부암이나 자궁경부암의 위험을 높일 수 있으므로 적극적으로 치료해야 합니다. 간혹 상피내 암종이 동반되는 경우도 있어 조직검사가 필요할 수도 있습니다. 육안적으로 관찰되는 병변은 절제하거나, 레이저소작술, 냉동치료 등으로 안전하게 제거할 수 있습니다.

2. 과정 및 방법

진찰 후 의심이 되는 모든 병변을 대상으로 합니다. 대부분 국소마취로 가능하나 범위가 너무 넓거나 크기가 큰 경우 척추마취 등 부위마취가 필요합니다. 절제술, 소작술, 냉동치료 모두 피부의 외관상을 포함한 병변을 완전히 파괴하는 것을 목표로 합니다. 피부를 절제하고 부위가 깊고 넓다면 봉합하게 됩니다. 레이저나 전기소작기를 이용한 소작술은 병변 주변의 피부를 포함하여 제거하고 소작하여 치료합니다. 냉동치료는 극도의 낮은 온도의 매질(액체질소 등)을 이용하여 피부 조직을 선택적으로 파괴합니다.

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 제거 부위에 일시적인 출혈, 감염 및 통증이 있을 수 있습니다.
- ② 병변 부위 상처가 아문 뒤 주변 피부와 색이 달라질 수 있습니다.
- ③ 병변 부위의 모근이 파괴되어 영구적인 탈모가 발생할 수 있습니다.
- ④ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

절제술, 소작술, 냉동치료는 물리적으로 피부 병변을 제거하는 방법이며, 피부에 도포하는 약물치료가 있습니다.

5. 수술과 관련된 주의사항

- ① 치료 후 3~5일간은 물에 닿는 것을 주의하시고 상처를 관리해야 합니다.
- ② 재발률이 높은 질환이므로, 치료 이후 주기적으로 피부에 이상 병변이 발생하는지 면밀한 관찰이 필요합니다.
- ③ 병변이 제거되었더라도 경우에 따라 추가적인 치료가 필요할 수 있습니다.

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 :

