

요도카론클절제술 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

요도 카론클은 여성 요도에 발생하는 흔한 양성종물입니다. 대개는 요도의 6시 방향에 발생하며 주로 폐경 이후 여성에서 흔하게 발견됩니다. 크기가 작고 증상이 없는 경우 치료하지 않고 지켜보기도 하지만 크기가 크고 요도 불편감이나 통증을 유발하고 출혈이나 배뇨증상을 일으키는 경우 수술적 치료로 제거하게 됩니다.

2. 과정 및 방법

마취 후 요도로 돌출된 점막조직을 변연부를 따라 섬세하게 절제하고 지혈한 후 흡수성 봉합사를 이용하여 요도의 개방 부위를 봉합합니다. 필요에 따라 도뇨관을 삽입하고 수술을 종료합니다.

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 통증, 수술 부위 감염, 출혈, 혈뇨 등이 있을 수 있습니다.
- ② 수술 후 배뇨곤란 등 다양한 배뇨증상이 발생할 수 있습니다.
- ③ 수술 후 요도 손상이나 요도의 협착, 수술 부위 벌어짐 등이 발생할 수 있습니다.
- ④ 성공적인 수술 이후에도 요도 카테터는 재발할 수 있습니다.
- ⑤ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

치료하지 않고 경과 관찰을 하거나, 일시적으로 증상을 완화시킬 수 있는 약을 복용할 수 있습니다. 국소적으로 호르몬 도포를 하는 치료를 시도해 볼 수 있으나 근본적인 치료는 수술적 절제입니다.

5. 수술과 관련된 주의사항

- ① 수술 후 배변 시 지나치게 힘을 주거나 쪼그리고 앉거나 무리한 운동을 피하고 자전거를 타는 등 요도에 직접적인 압박을 주는 활동을 삼갑니다.
- ② 수술 후 수일에서 길게는 일주일간 도뇨관을 유지해야 하며 그 후 소변줄을 뺀 후 배뇨를 확인합니다.
- ③ 대개는 수술 이후 증상이 생겨도 심각한 문제가 생기지 않지만 이른 증상 소실과 증상 예방을 위해 귀가하신 후 활동을 자제하고 휴식을 취해야 합니다.
- ④ 병원에서 처방받은 약을 꾸준히 복용하고 의료진의 지시에 따라야 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 :