

경직장전립선조직검사 동의서

등록번호		연령/성별		이름	
진단명					
예정 수술명					
시행 예정일					

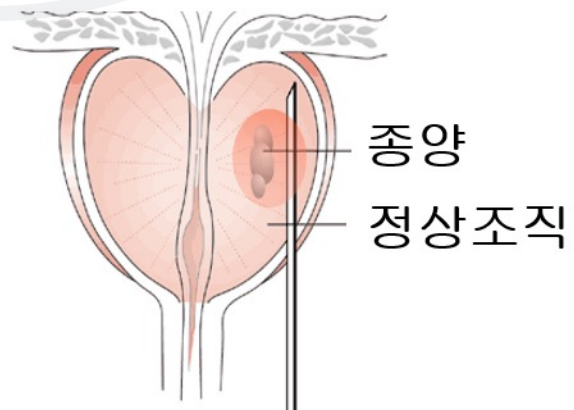
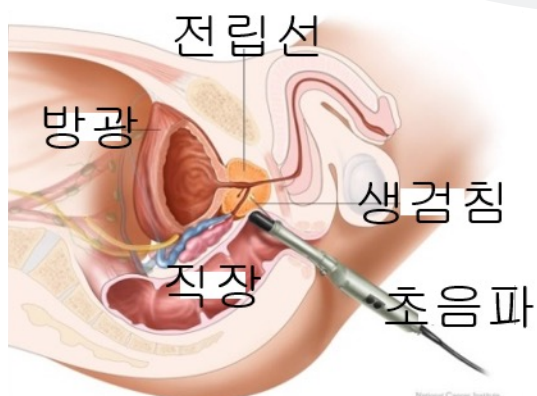
다음의 내용은 환자 본인이나 대리인(보호자)에게 예정된 검사와 처치에 대한 정보를 제공하고 자주적 의사에 따라 검사 여부를 결정하고, 검사 시행에 동의함을 확인하기 위해 제공하는 것입니다. 의사에게 추가 설명을 요청할 수 있고, 본 동의서 사본이 필요한 경우 의무 기록 사본 발급 절차에 따라 받을 수 있습니다. 환자분의 병력이나 알레르기, 복용 약 등 특이 사항에 대해서는 반드시 의료진에게 알려주셔야 합니다.

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

전립선특이항원(PSA) 수치가 높거나 전립선초음파, 직장수지검사에서 이상 소견이 발견되어 전립선암의 감별이 필요할 때 전립선 조직검사를 시행하게 됩니다. 조직검사 이외에는 전립선암을 확진할 수 있는 방법은 없으며 전립선 조직검사 소견은 향후 치료 계획을 수립하는데 매우 중요합니다.

2. 과정 및 방법



- ① 조직검사 전 관장이나 예방적 항생제 투여 등 사전 준비를 하게 됩니다.
- ② 쇠석위(거치대를 이용하여 양측 다리를 벌리고 눕는 자세) 혹은 측면으로 누운 자세를 취합니다.
- ③ 조직검사가 이루어지는 항문 주위를 소독하고 마취를 합니다.
- ④ 경직장초음파를 이용하여 전립선을 확인하고, 10~18곳에 조직 검사용 바늘을 찔러 전립선 조직을 채취합니다.
- ⑤ 직장수지검사 또는 초음파 소견에서 전립선암이 의심되는 병변이 있을 경우 해당 병변에 추가적인 조직검사를 시행합니다.
- ⑥ 조직검사 후 직장 내에 출혈과 감염 예방을 위해 소독 거즈나 의료용 팩킹을 삽입하는 경우가 있으며, 이는 의료진의 지시에 따라 제거하거나, 배변 시 자연스럽게 배출시키면 됩니다.

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 : 조직검사 시행 시 또는 시행 직후 발생할 수 있으며, 항문 질환이 있는 경우 통증이 더욱 심할 수 있습니다. 특별한 치료 없이 소실되거나 추가적인 진통제를 복용할 수 있습니다.
- ② 출혈 : 육안적 혈뇨, 혈정액증, 직장출혈 및 혈변 등이 발생할 수 있으며, 경미한 경우 특별한 치료 없이 지혈되지만, 드물게 추가적인 처치가 필요할 수 있어 출혈이 심할 경우 병원을 방문해야 합니다.
- ③ 감염 : 조직검사 부위의 감염으로 인해 열, 오한, 배뇨통 등의 증상이 나타날 수 있습니다. 전립선 및 요로계 감염 위험성이 있으며 드물지만 패혈증으로 진행하여 사망에 이를 수 있어 증상 발현 시 바로 병원이나 가까운 응급실을 방문해야 합니다.
- ④ 배뇨 증상 : 요로 감염 등이 없더라도 조직검사 후 일시적으로 배뇨증상이 심해지거나 급성 요폐가 발생할 수 있습니다.
- ⑤ 미주신경반응 : 검사 중 혈압 저하, 서맥, 식은땀, 의식소실(실신) 등의 증상이 나타날 수 있습니다.
- ⑥ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 검사와 관련된 주의사항

- ① 전립선 조직검사는 전립선암의 확진을 위한 검사지만, 검사에서 정상 소견을 보이더라도 의료진의 계획에 따라 지속적인 추적 관찰이 필요하며, 재검사가 필요할 수 있습니다.
- ② 통상적으로 조직검사 결과는 일주일 후 외래에서 확인하실 수 있습니다.

본인은 의사로부터 본 검사의 목적, 과정 및 방법, 발생할 수 있는 합병증, 선택할 수 있는 다른 방법, 검사와 관련된 주의사항 등에 대해 충분한 설명을 듣고 이해하였습니다.

환자(대리인) 성명 : _____ 서명 _____

환자와의 관계 : _____

검사에 참여하는 의사(집도의) 성명 : _____ 서명 _____

본인은 본 검사의 필요성, 검사 과정 및 예상되는 합병증과 후유증 등에 대하여 자세한 설명을 의사로부터 들었고, 본 검사로써 불가항력적인 합병증이 야기될 수 있다는 것에 대한 사전 설명을 충분히 듣고 이해하였으며, 의학적 처리를 의료진의 판단에 위임하여 검사를 시행함에 동의합니다. 아울러 검사 과정에 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 검사 및 처치, 마취 등 의료행위에 대한 제반 결정사항을 대리인에게 위임함.
- ☐ 미성년 환자로서 검사 및 처치, 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 검사 및 처치, 마취에 대하여 이해하지 못할 것으로 판단됨.
- ☐ 기타 :