

내요도절개술 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 : | | | | |

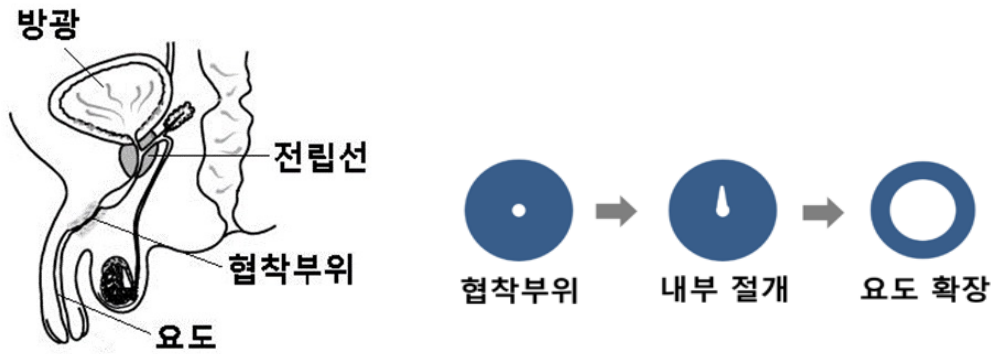
1. 정의 목적

내요도절개술은 요도협착을 치료하기 위한 내시경 수술입니다. 좁아진 요도의 부위가 단단한 결체조직으로 형성되어 있는 경우 내시경을 이용하여 좁아진 부위를 확인하며 예리하게 절개하여 요도 내강을 확장합니다. 요도협착으로 발생하는 다양한 배뇨 증상과 이차적인 요로 감염, 방광요관역류, 방광 기능 저하 가능성 등이 개선될 수 있습니다. 요도 협착 부위가 짧더라도, 요도확장술이 불가능하거나 빈번하게 재발을 한 경우 내시경적 요도절개술을 시행할 수 있습니다.

2. 과정 및 방법

- ① 마취 후 요도를 통해 내시경을 삽입하고 좁아진 부위를 확인합니다.
- ② 내시경에 부착된 칼이나 레이저를 이용하여 협착된 요도를 내부에서 절개합니다. 절개 부위 및 정도는 수술 소견에 따라 결정되며 추가적인 요도확장을 함께 시행하기도 합니다.
- ③ 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 출혈, 감염, 요도 통증 등의 부작용이 발생할 수 있으며 대부분의 경우 특별한 치료를 하지 않아도 시간이 지나면 호전되나 증상 지속 시 약물치료나 처치가 필요할 수 있습니다.
- ② 요도협착의 재발 : 내요도절개술 후 배뇨가 개선된 후 다시 수술 부위 요도가 협착될 수 있습니다. 주기적인 요도확장술이 필요할 수 있으며, 재수술 또는 요도성형술이 필요할 수 있습니다. 드물게 다른 부위에 새로운 협착이 생길 수 있습니다.
- ③ 요도천공 : 내시경 수술 시 요도 외부까지 손상되면 손상을 회복하기 위한 수술이나 도뇨관의 장기 유지가 필요할 수 있습니다.
- ④ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

요도협착으로 인한 배뇨 증상은 협착이 해결되지 않으면 개선되지 않고 심해지며 요폐, 방광기능 저하 등 이차적인 문제가 발생할 가능성이 있습니다. 협착 부위의 길이가 짧고 정도가 심하지 않은 경우 요도 확장술을 시행하기도 하지만, 효과는 제한적입니다. 내시경 수술이 아닌 방법으로는 요도협착 부위의 피부를 절개하고 협착 부위를 절단한 후 양 끝을 이어주는 요도성형술을 시행할 수 있습니다.

5. 수술과 관련된 주의사항

- ① 수술 후 일정기간 도뇨관의 유지는 필수적입니다. 도뇨관은 당겨지거나 꺾이고 꼬이지 않도록 관리합니다. 또한 도뇨관을 제거할 때까지 요도구 주변은 항상 청결하게 관리합니다.
- ② 혈뇨나 요도출혈이 심하거나, 도뇨관으로 소변의 배출이 원활하지 않은 경우 내원하시거나 의료진에게 알려셔야 합니다.
- ③ 도뇨관 제거 후 자가배뇨에 이상이 있는 경우 내원하시거나 의료진에게 알려셔야 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 :