

비뇨내시경(방광내시경) 동의서

등록번호		연령/성별		이름	
진단명					
예정 수술명					
시행 예정일					

다음의 내용은 환자 본인이나 대리인(보호자)에게 예정된 검사에 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

비뇨내시경(방광내시경)검사는 하부요로(방광 및 요도)의 형태와 병변을 육안적으로 확인하는 검사입니다. 요도를 통해 하부요로로 진입할 수 있도록 제작된 내시경을 삽입하여 요도와 방광내부를 관찰하고 영상을 촬영합니다. 방광 조직검사나 요관부목 제거, 상부요로에 대한 검사 등에도 이용됩니다.

2. 과정 및 방법

- ① 수검자는 안내에 따라 내시경실 침대에 자세를 취하고 내시경이 진입하게 될 요도주위를 소독합니다. 검사 전, 통증을 경감시키기 위해 국소 마취제가 섞여 있는 윤활제를 요도에 주입하고 검사를 진행하지만 내시경 진입 시 약간의 불편감이나 통증이 있을 수 있습니다.
- ② 내시경을 외요도구로 삽입하여 검사를 진행합니다. 시야를 확보하기 위하여 생리식염수를 주입하며 검사를 시행하므로 검사 도중 요의(소변이 마려운 듯한 느낌)나 불편감을 느끼실 수 있으며, 움직이거나 소변을 보면 안되고 참기 어려운 경우 의료진에게 알려주시면 적절한 조치를 취할 수 있습니다.
- ③ 통상적인 검사 소요 시간은 5~15분 내외입니다. 조직검사와 같은 추가적인 시술이 있을 경우 시간이 더 소요될 수 있습니다.

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, 혈중, 혈관천자, 신경병증으로 인한 이상감각 혹은 감각 소실 등이 있습니다.

3. 발생할 수 있는 합병증

- ① 비뇨내시경 검사 전 통증 조절을 위한 적절한 최선의 조치를 하였음에도 불구하고 비뇨내시경 검사 진행 중 통증이 발생할 수 있습니다.
- ② 경한 정도의 배뇨통이나 배뇨증상, 출혈이 1-2일 지속될 수 있으나 특별한 조치를 취하지 않아도 자연스럽게 소실됩니다. 통증이나 출혈이 극심하거나 배뇨증상이 수일 이상 지속되는 경우 의료진에게 알려주셔야 합니다.
- ③ 비뇨내시경 검사 과정 중 매우 드물게 요도, 방광의 손상이나 천공이 발생할 수 있습니다.
- ④ 비뇨내시경 검사 후 드물게 발열 등을 동반한 요로 감염이나 패혈증이 발생할 수 있으며 이 경우 항생제 복용이나 입원 치료 등이 필요할 수 있습니다.
- ⑤ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 검사방법

본 검사는 대부분 성공적으로 수행 가능하나, 요도 구멍의 크기가 내시경이 들어가기에 작다면 요도 확장이 필요한 경우도 있습니다. 그럼에도 불구하고 내시경의 진입 자체가 불가능한 경우도 있을 수 있으며, 비뇨내시경 검사 외에 하부요로 내부를 직접 확인할 수 있는 다른 검사 방법은 없습니다. 방광초음파, 요도/방광조영술, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등의 영상의학 검사로 방광의 이상 소견을 알아볼 수는 있지만 내시경검사를 완전히 대체할 수는 없습니다.

본인은 의사로부터 본 검사의 목적, 과정 및 방법, 발생할 수 있는 합병증, 선택할 수 있는 다른 검사방법, 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, 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 이에 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 :

