

방광내생검 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 시행 여부를 결정하고, 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 검사에서 방광 내부에 이상 병변이 관찰되는 경우 병리소견을 확인하기 위해 조직을 채취하는 검사입니다. 방광 질환의 정확한 진단을 내리고 이에 따라 치료 방침을 결정하고 예후를 판단함에 있어 결정적인 정보를 제공하는 검사입니다.

2. 과정 및 방법

국소마취로도 가능하나 경우에 따라서는 전신마취나 척추마취, 의식하진정을 유도합니다. 쇄석위(거치대를 이용하여 양측 다리를 벌리고 눕는 자세)를 취하고 요도를 통해 내시경을 방광으로 삽입합니다. 방광 내부를 관찰하고 이상 소견이 있는 부위의 조직을 특수한 검자를 이용하여 채취하게 됩니다. 필요에 따라서는 절제경을 이용하여 조직을 채취하기도 합니다. 요세포검사에서 이상소견이 발견되었으나 내시경에서 특별한 병변이 없는 경우 방광 내부의 점막을 임의로 채취하는 검사를 시행하기도 합니다. 조직검사 후 출혈이 있는 경우 소작을 통한 지혈이 필요한 경우도 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 검사 후 경한 정도의 배뇨통이나 배뇨증상, 출혈이 1-2일 지속될 수 있으나 특별한 조치를 취하지 않아도 자연스럽게 소실됩니다. 출혈이 심하거나 배뇨증상이 수일 이상 지속되는 경우 의료진에게 알려주셔야 합니다.
- ② 검사 과정 중 요도, 방광의 손상이나 천공이 발생하면 추가적인 수술이 필요할 수 있으나 이는 매우 드뭅니다.
- ③ 검사 후 발열 등을 동반한 요로 감염이나 패혈증이 발생할 수 있으므로 검사 후 예방적 항생제를 복용하며 그럼에도 위와 같은 감염이 발생한 경우 추가적인 항생제 복용이나 입원 치료 등이 필요할 수 있습니다.
- ④ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 검사방법

방광 내부의 소변이나 세척액에 포함된 탈락된 세포를 이용하는 요세포검사가 있으나 정확도가 떨어집니다. 이상병변이 확인된 경우 병리학적 확진을 위한 방법은 조직검사가 유일합니다.

5. 검사와 관련된 주의사항

- ① 채취한 조직을 처리하여 병리검사를 진행하는 데 며칠의 시간이 소요됩니다. 조직검사 결과를 확인할 수 있는 진료일을 확인하고 꼭 방문해 주셔야 합니다.
- ② 방광 내부에 이상 병변이 관찰되는 경우 방광 조직검사는 확진을 할 수 있는 유일한 검사 방법이지만, 조직의 채취가 불충분한 경우 혹은 기타 이유로 조직검사를 반복적으로 시행하는 경우가 있을 수 있습니다.

본인은 의사로부터 본 검사 및 처치의 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 : _____

검사와 처치에 참여하는 의사(집도의) 성명 : _____ 1996 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 검사 및 수술, 마취 등 의료행위에 대한 제반 결정사항을 대리인에게 위임함.
- ☐ 미성년 환자로서 검사 및 수술, 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 수술, 마취에 대하여 이해하지 못할 것으로 판단됨.
- ☐ 기타 :