

치골상부 카테터설치술(방광루설치술) 동의서

등록번호		연령/성별		이름	
진단명					
예정 수술명					
시행 예정일					

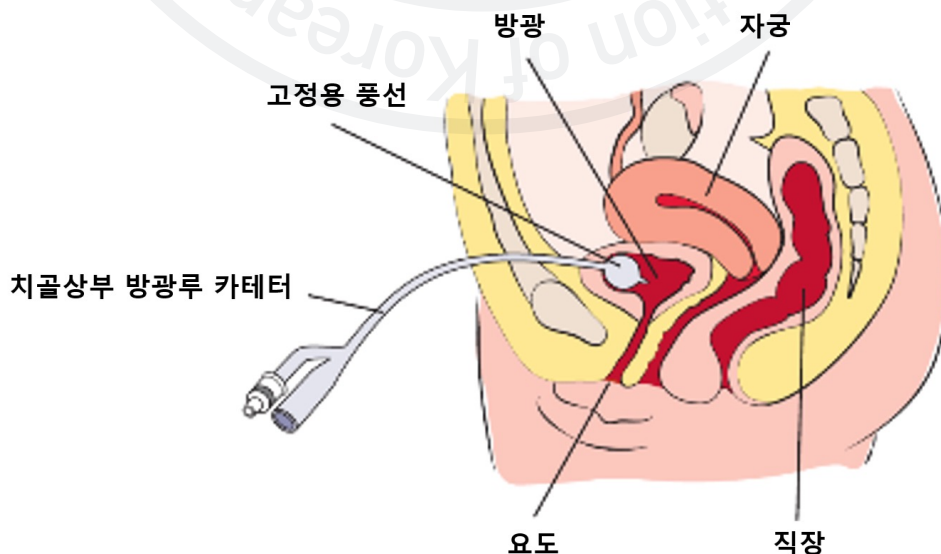
다음의 내용은 환자 본인이나 대리인(보호자)에게 예정된 시술에 대한 정보를 제공하고 자주적 의사에 따라 시술 여부를 결정하고, 시술 시행에 동의함을 확인하기 위해 제공하는 것입니다. 의사에게 추가 설명을 요청할 수 있고, 본 동의서 사본이 필요한 경우 의무 기록 사본 발급 절차에 따라 받을 수 있습니다. 환자분의 병력이나 알레르기, 복용 약 등 특이 사항에 대해서는 반드시 의료진에게 알려주셔야 합니다.

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

요도에 삽입된 도뇨관을 제거하고 소변길을 우회시키는 대표적인 방법입니다. 요도손상이나 급성 전립선염 등과 같이 요도를 통해 도뇨관 삽입이 어려운 경우 방광의 소변을 제거하기 위해 치골상부 방광루설치술을 시행하게 됩니다. 방광의 바로 위 하복부(치골 상부) 중앙에 피부에서 방광까지 연필정도 두께의 누공을 만들어 도뇨관(방광루 카테터)을 삽입하는 시술입니다.



2. 과정 및 방법

- ① 안전을 위해 방광에 소변 또는 생리식염수를 충만시킵니다.
- ② 치골 상부 하복부 중앙에 약 2~3cm의 피부 절개를 가합니다.
- ③ 복부 근육층까지 박리한 후 총신과 같은 대롱(trochar)으로 방광을 뚫고 도뇨관을 피부를 통해 방광으로 직접 삽입합니다.
- ④ 상처를 봉합하고 도뇨관을 고정합니다.

국소마취는 시술부위 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 창상으로 인한 출혈, 감염, 통증이 발생할 수 있습니다.
- ② 도뇨관이 들어가는 경로에 드물게 장이 위치하여 장 손상이나, 방광 뒤쪽에 위치한 직장 손상이 발생할 수 있습니다. 이러한 경우 개복수술과 장루 설치가 필요할 수 있습니다.
- ③ 드물게 방광에 인접한 복막의 손상이나 요누출로 인한 복막 자극증상, 장마비 및 장폐색 증상이 발생할 수 있습니다.
- ④ 도뇨관을 삽입한 창상 옆으로 소변의 유출이 있을 수 있습니다.
- ⑤ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

요도를 통해 도뇨관을 삽입하고 지속적으로 유지하거나 간헐적 도뇨, 자가배뇨가 가능한 경우 콘돔카테터 등을 고려해 볼 수 있습니다. 요도손상이나 급성 전립선염 등의 경우 시행 가능한 유일한 요로전환술이 치골상부 카테터설치술입니다.

5. 시술과 관련된 주의사항

- ① 시술 후 2주 정도 피부-방광의 누공이 아무는 시기가 필요합니다.
- ② 치골상부 카테터설치술 이후 도뇨관(카테터)을 유지하는 동안 장기적으로 감염, 폐색, 방광결석 형성, 방광자극증상 등이 발생할 수 있고 의료진의 지시에 따라 정기적으로 도뇨관을 교체해야 합니다.
- ③ 도뇨관이 우발적으로 빠지게 되면 누공이 막혀 재수술이 필요할 수 있습니다.

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

환자(대리인) 성명 : _____ 서명 _____

환자와의 관계 : _____

시술에 참여하는 의사(집도의) 성명 : _____ 서명 _____

본인은 본 시술의 필요성, 시술 과정 및 예상되는 합병증과 후유증 등에 대하여 자세한 설명을 의사로부터 들었고, 본 시술로써 불가항력적인 합병증이 야기될 수 있다는 것에 대한 사전 설명을 충분히 듣고 이해하였으며, 의학적 처리를 의료진의 판단에 위임하여 시술과 마취를 시행함에 동의합니다. 아울러 시술과 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 :