

요관스텐트 제거술 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

요관스텐트(요관부목)는 신장이나 요관, 또는 요관 주위 조직의 문제로 인해 신장에서 방광으로 소변이 잘 내려가지 않을 때 신장의 소변이 원활히 배출되도록 요관 내에 삽입합니다. 요관스텐트 제거술은 더 이상 요관스텐트가 필요하지 않을 때, 이전에 삽입된 요관스텐트를 내시경을 이용하여 제거하는 시술입니다.

2. 과정 및 방법

통상적으로 국소마취를 시행합니다. 쇄석위(거치대를 이용하여 양측 다리를 벌리고 눕는 자세)를 취한 후 요도를 통하여 내시경을 삽입하고 방광에서 보이는 요관스텐트를 내시경 겸자를 이용해 부드럽게 제거합니다. 간혹 요관스텐트가 상부로 이동하여 요관내시경 시술이 필요한 경우가 있을 수 있고 요관스텐트에 단단한 가피가 형성되었거나 경화되어 제거가 어려운 경우가 있을 수 있습니다.

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 요도를 통해 내시경을 방광으로 진입시키므로 통증이나 경미한 출혈이 발생할 수 있습니다.
- ② 요관스텐트 제거 후 옆구리의 통증이나 하복부 통증이 발생할 수 있습니다. 통증이 심하게 지속되는 경우 내원하여 통증에 대한 치료를 받거나 요관스텐트의 재삽입이 필요할 수 있습니다.
- ③ 요로감염으로 인한 고열, 옆구리 통증, 다양한 배뇨증상이 발생할 수 있고 드물게 패혈증이 발생할 수 있습니다.
- ④ 요관스텐트의 표면에 결석과 비슷한 단단한 가피가 형성되어 내시경을 이용한 통상적인 방법으로 제거나 교체가 어려운 경우 개복수술이 필요할 수 있습니다.
- ⑤ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

이미 설치된 요관스텐트를 제거하는 방법은 신루를 통하여 경피적으로 제거할 수도 있으나, 일반적으로는 요도를 통하여 내시경을 삽입, 경요도로 제거하는 방법을 우선적으로 시행합니다. 아주 드물게 경요도적으로 제거가 불가능한 경우 개복수술이 필요할 수 있습니다.

5. 시술과 관련된 주의사항

신장부터 방광까지 소변의 흐름에 지장을 주는 원인이 해결되면 요관스텐트는 반드시 제거해야 합니다.

장기간 남아있는 요관부목은 가피가 형성되고 결석처럼 굳어 오히려 소변의 배출을 방해하고 다양한 문제를 일으킬 수 있습니다. **반드시 정해진 날짜에 병원을 방문하여 요관스텐트를 제거해야 합니다.**

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 :