

요역동학검사(방광내압측정) 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 의무기록사본 발급절차에 따라 교부 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

요역동학검사는 방광과 요도의 기능을 세밀하게 측정할 수 있는 생리적 검사로써, 소변이 방광에 채워지거나 소변을 보는 상태를 재현하여 방광과 요도의 기능을 파악할 수 있습니다. 요류검사, 방광내압측정, 요도압측정, 압력-요속검사, 근전도측정, 비디오-요역동학 검사 등으로 이루어져 있습니다. 본 검사는 수술적 치료를 앞두고 있는 요실금 및 배뇨장애 환자, 신경인성 방광 환자, 기타 다양한 배뇨증상에 따른 정확한 진단이 필요한 경우 시행하게 됩니다.

2. 과정 및 방법

요역동학검사 과정 동안 방광과 요도내의 압력(수압)을 측정하여 방광에 소변을 얼마나 잘 저장할 수 있고 얼마나 효과적으로 배출할 수 있는지, 요도괄약근의 기능은 정상적인지, 모든 배뇨활동이 조화롭게 이루어지고 있는지 확인하게 됩니다. 방광과 직장 내부의 압력을 측정할 수 있는 얇은 관을 요도와 항문으로 삽입하고 멸균된 생리식염수를 일정 속도로 주입하여 방광이 소변을 저장하고 배출하는 과정을 재현합니다.

검사가 진행되면서 방광에 충만감과 요의를 느끼게 됩니다. 검사의 목적은 평소 배뇨상태를 그대로 재현하여 방광과 요도의 기능을 측정하는 것이므로, 평소의 배뇨에 준하여 말씀해 주셔야 정확한 검사가 이루어집니다. 검사 시간은 20-30분 정도 소요되며, 정확한 검사를 위해 반복 시행할 수 있습니다.

3. 발생할 수 있는 합병증

- ① 요로감염의 발생 위험이 있습니다.
- ② 요도와 항문에 얇은 관을 삽입하므로 약간의 통증이나 이물감을 느낄 수 있고, 검사 후 출혈이나 점막의 미란 등이 발생할 수 있습니다.
- ③ 드물게 방광, 요도, 항문관의 손상이 발생할 수 있습니다.
- ④ 검사 이후 배뇨통, 빈뇨, 급박뇨 등의 배뇨증상이 있을 수 있으나 대부분은 자연스럽게 회복됩니다.
- ⑤ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 검사방법

현재 정확한 방광 배뇨근 및 요도 괄약근의 기능을 알아보는 방법은 요역동학검사 외에는 없습니다.

5. 검사와 관련된 주의사항

- ① 약간의 요도 출혈이나 배뇨통, 항문의 통증은 있을 수 있으나 자연스럽게 소실됩니다. 심한 출혈이나 통증이 발생하면 내원하셔야 합니다.
- ② 검사 후 2~3일 정도 무리한 신체활동은 제한하고, 충분한 수분 섭취가 권장됩니다.
- ③ 요도에 도관을 삽입하여 진행하는 검사로, 검사 후 요로감염의 위험성이 있다면 항생제의 처방이 있을 수 있습니다. 처방받으신 약을 반드시 복용하시기 바랍니다.

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

환자(대리인) 성명 : _____ 서명 _____

환자와의 관계 : _____

검사를 진행하는 의사 성명 : _____ 서명 _____

본인은 본 검사의 필요성, 검사 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 검사와 처치를 시행함에 동의합니다. 아울러 검사와 진료에 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 :