

경정맥신우신배조영술 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 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

신장은 소변을 통해 우리 몸의 노폐물을 배출하는 역할을 합니다. 신장에서 만들어진 소변은 깔때기 모양의 신우로 모여 요관을 통해 방광으로 이동, 배뇨할 때 요도를 통해 배출됩니다.

경정맥신우신배조영술은 소변으로 배출되는 조영제를 혈관으로 정맥 주사한 다음 조영제가 신장을 통해 배설되는 모습을 시간 간격을 두고 연속적으로 X-선 촬영을 하여 신장이나 요관, 방광 등의 요로의 이상을 진단하는 영상의학검사입니다.

2. 과정 및 방법

- ① 의료진의 지시에 따라 검사 전 일정기간 금식이 필요합니다.
- ② 혈관 주사를 통해 조영제를 주입하고 가볍게 복부를 압박합니다.
- ③ 조영제 주입 후 바로 얼굴과 목 부위의 후끈거림, 약 냄새, 조영제 주입 부위에 온열감 등이 있을 수 있는데, 이는 조영제가 혈관을 통해 주입될 때 정상적으로 느끼게 되는 반응입니다.
- ④ 주사 후 일정한 시간 간격으로 X-선 촬영을 진행하며 검사 소요 시간은 30분~1시간입니다.

3. 발생할 수 있는 합병증

조영제를 사용하므로 **조영제에 의한 부작용**이 발생할 수 있습니다. 다른 의약품처럼 급성(투여 직후) 또는 지연성(주입 후 1시간~) 유해 반응이 발생할 수 있습니다.

- ① 과민반응 : 두드러기, 가려움증, 부종, 기도수축, 호흡곤란, 혈압저하, 아나필락시스 쇼크
- ② 메스꺼움, 구토, 일시적인 오한이나 열감
- ③ 두통, 미각 이상, 불안 증상, 흉통 등 생리적 이상 증상
- ④ 혈관미주신경 항진에 의한 두근거림, 식은땀, 어지러움, 혈압저하, 실신
- ⑤ 급격한 혈압 변화(고혈압성 긴급증 등)
- ⑥ 신독성 : 조영제 정맥주사 후 3일 이내에 특별한 다른 원인 없이 신장 독성이 발생하여 신장 기능이 저하될 수 있습니다.
- ⑦ 조영제 주사 시 혈관 외 유출, 갑상선종독증, 폐혈관 저항의 증가, 폐부종, 혈전증 등의 부작용이 발생할 수 있고, 약 10만명 당 1명의 사망률이 보고된 바 있습니다.
- ⑧ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 검사방법

경정맥신우신배조영술(IVP)은 기본적인 검사이나 요로의 전반적인 모습을 파악하고 간접적인 신장 기능을 유추해 볼 수 있는 중요한 검사입니다. 역행성신우신배조영술(RGP)이나 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 또는 핵의학검사 등의 다른 영상의학 검사를 시행할 수는 있으나 경정맥신우신배조영술을 완전히 대체하기는 어렵습니다.

5. 검사와 관련된 주의사항

- ① 정확한 판독이 이루어진 후 의료진을 통해 검사 결과에 대한 설명을 들을 수 있습니다.
- ② 검사 후 조영제가 체내에서 빨리 배출될 수 있도록 하루 동안은 충분한 수분을 섭취하도록 합니다.
- ③ 메트포르민 성분의 당뇨약은 검사 시행 24시간 전 복용 중단합니다.
- ④ 이전에 조영제 부작용이나 과민반응을 경험한 적이 있거나 평소 특이체질인 경우, 반드시 검사 전에 미리 의료진에게 알리도록 합니다. 특히, 천식이나 알레르기 질환, 당뇨(메트포르민 복용), 갑상선 질환, 신장 질환, 단백뇨, 심혈관계 질환, 현재 복용중인 약제 등 과거 병력이나 현재 건강 상태를 반드시 사전에 의료진에게 알려주셔야 합니다.
- ⑤ 조영제의 부작용이 의심되는 이상반응이 발생한다면 병원으로 내원하시거나 가까운 응급실을 방문하는 등 적절한 진료와 처치가 필요할 수 있습니다.

본인은 의사로부터 조영제를 이용하는 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 : _____

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 검사를 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 :