

1번

위내시경(수면) 검사 설명 및 동의서

성명(ID): () 혈압: / 키/몸무게: /
심전도 : 기타:
위BX 식도BX 심이지장BX CLO Giemsa 실비청구불가 (서명)

1. 상부 위장관 내시경이란?

내시경을 통하여 식도, 위, 심이지장 제2부까지 관찰하여 병변을 찾아내기 위한 검사입니다.

2. 검사 과정 및 방법

- 둡니가 있는 경우 검사 전 반드시 빼 주시고, 훌들리는 치아가 있는 경우 검사 전 미리 간호사실에 말씀해주시기 바랍니다.
- 검사 전 안내에 따라 금식한 후 위속 가스를 제거하기 위해 가스제거제를 복용합니다.
- 국소 마취제로 인두마취를 시행합니다.
- 식도, 위, 심이지장 제2부까지 검사하는데 약 10분정도의 시간이 소요됩니다.

3. 수면(의식하 진정)내시경이란?

- 수면유도 주사제를 정맥으로 투입하여 검사 대상자의 협조가 가능한 진정상태에서 검사(시술)를 하는 것이며, 검사에 따르는 불편함(통증, 공포심)을 경감시켜주는 효과가 있습니다. 그러나 완전한 마취상태는 아닙니다. 검사시간은 회복시간까지 포함하여 평균 30분~1시간 정도입니다. (개인의 검사 상태에 따라 그 이상 지체 될 수도 있습니다.)

4. 추가 시술 및 비용추가 부담 가능성

- 검사도중 이상소견 발견 시 즉시 조직검사, 헬리코박터균검사, 썬소살포 등 추가적인 검사를 할 수 있습니다.
- 조직검사나 수면 내시경시 별도의 비용이 발생합니다.

5. 발생 가능한 부작용 및 합병증

- 검사도중 호흡곤란, 출혈(0.5%), 천공(0.03%), 감염, 혈압의 급격한 변화 등이 매우 드물게 발생할 수 있습니다.

2번

- 수면내시경은 환자의 상태에 따라서 적정량의 약제를 사용하였음에도 불구하고 수면이나 적정한 진정상태에 도달하지 못하거나 오히려 환자의 협조도가 낮아져 검사(시술) 자체가 어려워지는 경우도 있습니다.
- 수면내시경시 호흡곤란, 저산소증과 같은 호흡기계 합병증, 맥박이 빨라지는 등의 심혈관계 합병증 등이 발생할 수 있으나, 대개는 특별한 조치 없이 좋아집니다. 그러나 드물지만 호흡과 심장이 정지되어 생명이 위협받는 경우가 발생하기도 하며, 응급조치가 필요한 경우도 있을 수 있습니다. 따라서 **호흡기질환, 신장이나 심장질환이 있는 경우 반드시 병력란에 체크해 주시기 바랍니다.**

6. 검사 후 주의사항

- 인후 마취로 인하여 음식을 삼키기 어려울 수 있으므로 30분 정도 후에 물을 먼저 소량 드셔 보신 후 목넘김이 편안하면, 첫 식사는 평소보다 가볍게 하시고 자극적인 음식은 피하도록 하십시오.
- 검사 당일은 술을 삼가 하십시오.

설명의사

(서명 또는 날인)

7. 환자의 현재 상태

기왕력(질병, 상해 전력)	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 유	알레르기	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 유
특이체질	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 유	당뇨병	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 유
고, 저혈압	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 유	마약사고	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 유
복용약물 (아스피린, 와파린 등 항응고제는 자세히 기재)	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 유	기도이상 유무	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 유
흡연여부	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 유	출혈소인	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 유
심장질환(심근경색 등)	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 유	호흡기질환(기침, 가래 등)	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 유
신장질환(부종 등)	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 유		<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 유

3번

8. 본인은 본인(또는 검사자)에 대한 검사(시술, 수면)의 목적, 검사과정, 예상되는 부작용 및 합병증, 주의사항 등에 대한 설명을 의사로부터 들었으며, 본 검사(시술, 수면)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 검사자의 특이 체질로 예상치 못한 사고가 일어날 수 있다는 것을 사전 설명으로 충분히 이해하였습니다. 이에 본인(또는 검사자)은 귀 병원이 검사(시술, 수면)를 하여줄 것을 서면으로 요청하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의 판단에 위임하는데 동의합니다.

년 월 일 시 분

본인(성함): (서명 또는 날인)
주민등록번호:
주소:

전화:

대리인(환자의): (서명 또는 날인)
주민등록번호:
주소:
전화: