

# 수술 또는 기타 외과 시술 치료 동의서

## CONSENT FOR SURGERY OR OTHER INVASIVE PROCEDURAL TREATMENT (KOREAN)

1. **시술:** 본인 \_\_\_\_\_ [환자 이름]은(는) 다음의 시술을 받는 것에 동의합니다:

<b>Day of Procedure</b>
Verify patient consents to the documented procedure.
RN/Tech initials _____
Date _____
Time _____

\_\_\_\_\_ [시술 설명].

본인의 진료의는 본인이 마취제나 진정제 혹은 두 가지 모두를 투여받게 될 수 있다는 사실 등 본인이 받게 될 수 있는 시술과 연관된 내용을 설명해 주었으며 본인은 이를 이해하였습니다. 본인은 본인의 의료 관련 결정에 대한 권리와 책임을 이해하였습니다. 본인에게 추가 교육 자료를 받을 기회가 있었습니다. 본인은 자발적이며 자유의사로 결정을 내렸습니다.

2. **위험:** 본인의 진료의는 이 시술과 관련된 구체적 위험에 관해 본인과 상의하였습니다. 이와 같은 위험이 발생할 경우 치료상 추가적인 시술이 요구될 수 있습니다. 모든 시술에 수반되는 일반적인 위험에는 뇌졸중, 기기 고장, 감염, 신경 손상, 혈액 응고, 심장마비, 알레르기 반응, 호흡 기능 부전, 신부전, 출혈 및 심한 출혈 등이 포함되나 이에 국한되지 않는다는 사실을 이해합니다. 이러한 위험은 심각하며 치명적일 수도 있습니다. 본인은 이러한 위험을 이해했으며 자발적으로 해당 위험을 감수하겠습니다. 마취제나 진정제와 관련된 위험 및 부작용에 대해서는 시술을 받기 전 본인과 의사의 상의가 이루어질 것입니다. 본인은 마취제나 진정제와 관련하여 시술을 받기 전에 별도의 동의서에 서명 요청을 받을 수도 있습니다.
3. **대안:** 본인의 진료의는 본 시술의 합리적인 대안을 본인에게 설명하였습니다. 진료의는 본 시술을 행하지 않으므로 발생하는 위험과 이점을 본인에게 설명하였습니다. 본인은 이러한 정보를 숙지한 상태에서 이 양식에 설명된 시술을 받기로 선택하였습니다.
4. **이점:** 본인의 진료의는 이 시술과 관련하여 발생 가능한 이점에 대해 본인에게 설명하였습니다. 본인은 이러한 이점을 얻게 된다는 것이 확실한 보장사항은 아님을 이해합니다. 본인에게 이 시술에 대한 결과는 보장되지 않았습니다.
5. **의료진:** 본인은 본인의 진료의인 \_\_\_\_\_ [의사의 이름(이)]가 이 시술을 시행하는 것을 허가합니다. 본인은 상기 진료의가 마취 시술의, 간호사, 기술자, 의료기기 전문가, 수술팀 등을 포함하는 의료진의 보조를 받는 것을 수락합니다. 이 팀에는 기타 담당 외과의, 레지던트, 펠로우, 의대생 또는 기타 협력 의료 전문가가 포함될 수 있습니다. 본인은 상기 언급된 의사의 지시 하에 이러한 협력 의료진 또는 지원 인력이 시술 또는 시술 행위의 일부를 시행하는 것을 허가합니다.
6. **수술실에서 참여:** 본인의 진료의 또는 진료의가 지정한 기타 적합한 자격을 갖춘 의료진이 주요/중요한 과정을 포함한 수술 또는 외과 시술의 상당 부분에 참여할 것이며 수술 또는 시술의 해당 임무를 완수하고 나면 해당 의료진은 수술실에서 퇴실하게 될 수 있습니다. 본인은 상기에 기재된 진료의가 본인이 수술을 받고 있는 수술실에서 퇴실하는 경우 해당 의사 또는 기타 적합한 자격을 갖춘 의료진이 (필요한 경우) 본인의 시술을 돕거나 감독하기 위해 항상 대기할 것이라는 점을 이해합니다.
7. **참관인:** 본인의 진료의는 시술 중 참관인을 허용할 수 있습니다. 참관인은 의료팀 소속이 아니며 시술에 참여하지 않을 것입니다.
8. **수혈:** 본인의 진료의와 본인은 아래 표시대로 본 시술과 관련된 수혈의 가능성 및 수혈이 생명을 구하기 위해 필요한 경우에도 수혈에 관한 본인의 선호사항에 대해 상의했습니다.  
**진료의:** 아래 관련 사항에 체크해 주십시오. 여기의 항목 선택은 동의 또는 거부 의사를 나타내는 것이 아니며, 해당 결정에 대한 적절한 증빙 기록을 위한 안내입니다. 수혈 동의 또는 수혈 거부를 진행하시려면 별도의 관련 문서를 작성하십시오.  
 본 시술에는 수혈이 필요하지 않을 것으로 예상됩니다. 사전 수혈 검사(혈액형 및 선별검사)는 진행 중이지 않습니다. 추가 양식은 필요하지 않습니다.  
 수혈이 필요하게 될 수 있습니다. 사전 수혈 검사(혈액형 및 선별검사)가 예상됩니다. 수혈 동의 증빙용으로 양식 #397073 수혈 사전 동의서(Informed Consent for Blood Transfusion)를 작성하십시오.\*\*  
 환자는 수혈로 생명을 구할 수 있는 경우에도 수혈에 동의하지 않습니다. 수혈 거부를 증빙하시려면 관련 임상 기준을 준수해 주십시오: 무수혈 프로그램: 성인 또는 무수혈 프로그램: 신생아, 소아과 및 성인의 부양 가족.\*\*
9. **병리학:** 본인은 향후 의료 조사 또는 연구용으로 조직, 혈액, 체액 등과 같은 표본을 검사, 폐기 또는 보관하는 것을 수락합니다. 표본을 필요로 하는 모든 조사는 적절한 심의위원회가 심사할 것입니다. 본인은 본인의 조직 또는 다른 외식된 물질이 다시 반환되지 않는다는 사실을 이해합니다. 예외 요청은 케이스별로 검토될 것입니다.
10. **영상 또는 사진 기록:** 본인은 본인의 치료 및/또는 진단의 일부로 만들어진 영상 또는 사진 기록이 임상 교육 또는 전문 업계 출간물 용도로 유용할 수 있음을 이해합니다. 자료가 그러한 방식으로 사용되는 경우, 해당 기록은 본인의 신원을 식별할 수 없도록 편집("비식별화")된다는 사실을 이해합니다. 영상 또는 사진 기록은 본인의 허가 없이 다른 목적으로는 사용되지 않을 것입니다.  
 \_\_\_\_\_ (환자의 이니셜) 본인은 비식별화된 본인의 영상 또는 사진 기록이 임상 교육 또는 전문 업계 출간물 용도로 사용되는 것을 허가하지 않습니다.

<b>Day of Procedure</b>
**Verify patient's signed documents are in the medical record.
RN/Tech initials _____
Date _____
Time _____

이 시술과 관련하여 본인의 모든 문의 사항에 대한 답변이 만족할 만한 수준으로 이뤄졌습니다. 아래에 서명을 함으로써 본인은 이 시술에 대한 본인의 동의를 증명하는 바입니다.

서명(환자 또는 법적 대리인) \_\_\_\_\_ 성명(정자체) \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_ 시간 \_\_\_\_\_

관계(환자가 아닌 경우) \_\_\_\_\_

**담당 의사의 진술:**

본인은 본 문서의 내용을 환자/법적 대리인에게 설명했으며 환자의 문의에 대해 전부 답변했으며, 본인이 아는 한 본 환자가 충분히 내용을 전달받고 이에 동의했다고 생각합니다.

담당 의사 서명 \_\_\_\_\_ 성명(정자체) \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_ 시간 \_\_\_\_\_

예 - 이 과정 중에 통역사 서비스가 이용되었습니다.

<b>Consent Update</b>
Patient consent validation, if patient signature date is greater than 90 days prior to the procedure date.
Practitioner initials _____
Date _____
Time _____

PATIENT LABEL



SEATTLE, WASHINGTON

Form 396230-KOREAN Rev. 07/2018