



외과적인 및/또는 수술적  
절차에 대한 정보에 근거한  
동의서

버전: (1)

## 외과적인 및/또는 수술적 절차에 대한 정보에 근거한 동의서

일반 동의

외과적인 및/또는 수술적 절차에 대한 정보에 근거한 일반 동의서

---

내 추정 진단:.....

MR./MRS. ....

(환자 이름).

ID No. ...., ..... 세

주소.....

시. .... 지구 .....

동의 날짜: .....

MR. / MRS. ....

(환자 이름).

ID No. ...., ..... 세

주소.....

시. .... 지구 .....

As .....

(법적 대리인 또는 책임 있는 가족 구성원)

나는 분명히 밝힙니다:

의사 .....

1) 환자 제공 정보: 나는 내 건강 및 병력과 관련하여 정직하고, 완전하며 신뢰할 수 있는 정보를 내 치료의사에게 제공했음을 밝힙니다.

2) 환자 수신 정보: 나는 내가 .....

이래로 착수하기로 결정했었던 절차와 관련한 모든 측면에 대해 적절한 절차에 따라 빠짐없이 통보를 받았으며 그들의 팀은 내가 이해할 수 있는 용어로 다음 사항을 내게 공개 및 설명해주었음을 밝힙니다:

a) 내 진단:

b) 기술적 변형과 함께 수술이 필요했던 그 진단에 사용할 수 있는 다른 대체 치료법들과 일반적인 관점에서 그리고 특히, 내 경우에 이 치료법들이 각각 가지고 있는 장점 및 단점.

c) 나는 또한 내가 선택할 수 있는 대안들 중에서 어떤 치료법이든지 따르지 않을 선택권도 가지고 있습니다.

d) 다른 대체 치료법에 대해 설명된 장점과 한계가 일반적인 관점에서와 특히 내 경우의 관점에서 둘 다 분석되었습니다.

e) 모든 수술 과정은 그 실행과 관련하여; 심지어 일부는 사용되어야 하는 진정제 투여 및/또는 마취 기술과 연관된; 위험 및/또는 합병증을 가지고 있습니다; 의료팀이 취하는 모든 조치 및 관리에도 불구하고 예를 들어, 심혈관 문제, 폐 및/또는 호흡기 영향, 감염, 신경 손상, 출혈, 알레르기 반응, 혈전증 그리고 매우 낮은 비율로 존재하는 다른 사망 위험과 같은 이 모든 것은 불가피한 것들입니다.

f) 나는 또한 제안된 모든 수술적 대체 치료법은 의료진의 노력과 관리에도 불구하고 무조건 불가피한 위험 및/또는 합병증의 가능성을 가지고 있으며 어떤 경우에는 치료와 연관된 치료법의 장점을 취할 수 있는 가능성이 제한되기도 한다는 것을 통보 받았습니다. 다음은 이러한 경우들의 예입니다: 혈종 및 출혈; 얇은, 깊은 또는 전신 감염; 혈관 및/또는 신경 구조의 병변; 수술 부위의 감각 상실; 비대, 켈로케이드 또는 착색 흉터; 피부 괴사; 섬유증; 표면 불균일; 신경 손상; 폐 또는 호흡기 손상; 장기 부상; 외부적으로나 내부적으로나 모두 수술 상처에 대한 흉터가 남는 처리 및 봉합의 어려움.

g) 모든 절차를 실시하는데 있어 환자는 부분, 국부, 경막외 또는 전신 마취되어야 합니다; 치료 의료진과 담당 마취과 의사가 일반 의료 인자와 내 개인적인 상태를 고려하며 내릴 전문적인 평가에 따라 특히 내 경우에 맞게 결정될 기술; 및 어떤 기술이 선택되든지, 이 기술에는 그 실행에 내재되어 있는 장점 및 혜택 뿐만 아니라 관련된 위험 및 합병증이 수반될 것입니다.

h) 모든 치료 과정에는 기술적 한계가 내포되어 있으며, 따라서 다음과 같은 경우가 존재합니다; 예상한 치료 혜택이 달성되지 않은 경우; 첨단 기술 기법의 실패 또는 합병증의 발생에 직면 시, 더 몸에 칼을 대는 고전적인 기법으로 과정을 전환하는 것이 불가피한 경우; 부분적인 효과를 보는데 직면 시 추가 수술과 다른 기법 사용이 불가피해지는 경우; 이 모든 게 예상치 못한 변수들에 따라 달라지며, 상기 경우에 나는 그에 따른 병원 및 의료 비용을 부담해야 할 것입니다.

i) 모든 수술 또는 외과적인 절차의 진행에는 반드시 회복기간이 수반되며, 이는 보통 행해진 치료에 따라 달라지고, 특히, 각 개인의 특성과 각자의 회복력에 따라 달라집니다.

j) 외과의사가 예정된 수술을 보류하거나, 이전에 선택한 기법을 변경해야 하는, 또는 적절한 치료 의무에 비추어서도 내 의료 혜택에서도 필수적인 예상치 못한 내부 수술 결과의 증거에 직면했을 때, 항상 예정되지 않은 그리고 통보되지 않은 진단 및/또는 치료 절차를 실시할 작은 가능성이 있습니다: 조직검사, 배양 조직을 위한 샘플 채취, 혹은 종양 덩어리의 제거, 유착 조직의 분리 등. 나는 명확하고 단순한 언어로 나에게 제공된 그 설명을 이해했으며, 나를 담당했던 의사는 내가 어떠한 이야기든 할 수 있게 해주었으며 내가 가지고 있는 모든 의심에 대해 명확히 이야기해주었습니다.

나는 또한 언제든지 그리고 어떤 설명도 제공할 필요 없이, 현재의 동의를 철회할 수 있다는 것을 알고 있습니다.

이를 위해, 나는 제공받은 정보에 만족하고 있으며 치료의 범위와 위험을 이해하고 있다는 것을 분명히 밝힙니다.

그리고 상기 조건 하에서.

## 동의

나는 행해질 수술적 치료에 동의합니다

서명:..... 의사.....

ID No.....

서명:..... 환자 Mr./Mrs.

ID No.....

서명:.....

법적 대리인 또는 책임있는 가족 구성원: .....

ID No.....

동의 철회

MR. /MRS. ....

(환자의 이름).

ID No. ...., ..... 세

주소.....

시. .... 지구 .....

MR. /MRS. ....

(환자의 이름).

ID No. ...., ..... 세

주소.....

시. .... 지구 .....

As .....

(법적 대리인 또는 책임있는 가족 구성원)

나는 .....자에 수락한 동의를 철회하며 나는 이 날짜부로 동의된  
내가 고려한 치료를 계속하기를 바라지 않습니다.

..... (장소 및 날짜)

서명: 의사 .....

ID No.....

서명:.....

환자 Mr./Mrs.....

ID No.....

서명: ..... 법적 대리인 또는 책임있는 가족 구성원:

.....

ID No. ....