

치과 진료수술 및 마취 동의서

*기본 자료基本資料

환자의 성명 病人姓名 : _____

환자의 생년월일 出生日期 : _____ 년 _____ 월 _____ 일 (年/月/日)

환자의 병력번호 病歷號碼 : _____

외과 적 동의 手術同意書

1. 시행할 수술(중문으로 작성, 필요시 의학적 명사는 외국어로 표시)

擬實施之手術 (以中文書寫, 必要時醫學名詞得加註外文)

(1) 질병의 명칭 疾病名稱 :

(2) 권장하는 수술의 명칭 建議手術名稱 :

(3) 수술을 권장하는 원인 建議手術原因 :

2. 의사의 성명 醫師之聲明

(1) 본인은 환자가 최대한 쉽게 이해할 수 있는 방식으로 해당 수술에 관한 정보를 설명하였으며, 보다 상세하게는 아래 해당하는 사항들을 설명하였습니다.

我已經儘量以病人所能瞭解之方式, 解釋這項手術之相關資訊, 特別是下列事項 :

수술을 실시하여야 하는 원인, 수술의 절차 및 범위, 수술에 따른 리스크 및 성공률, 수혈 가능성

需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性

수술 합병증 및 이에 대한 처리 방식

手術併發症及可能處理方式

수술 불실시에 따른 결과 및 기타 대체 가능한 치료 방식

不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式

수술 후 일시적 또는 영구적으로 나타날 수 있는 증상

預期手術後, 可能出現之暫時或永久症狀

기타 수술과 관련된 설명 자료는 환자에게 이미 전달되었습니다.

其他與手術相關說明資料, 已交付病人

(2) 본인은 환자에게 충분한 시간을 주었으며, 아래 기재된 이번 수술에 관한 질문에 답변하였습니다.

我已經給予病人充足時間, 詢問下列有關本次手術的問題, 並給予答覆 :

A. _____

B. _____

C.

수술 담당 의사 手術負責醫師

이름 姓名 :

서명 簽名 :

날짜 : _____년 _____월 _____일 (日期 : 年/月/日)

시간 : _____시 _____분 (時間 : 時/分)

3. 환자의 성명 病人之聲明

(1) 의사는 이미 이번 수술을 실시하여야 하는 필요성, 절차, 리스크, 성공률에 관한 정보를 본인에게 설명해 주었고, 본인은 이미 이를 충분히 이해하였습니다.

醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。

(2) 의사는 이미 선택적 기타 치료 방식에 따른 리스크를 본인에게 설명해 주었으며, 본인은 이미 이를 충분히 이해하였습니다.

醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。

(3) 의사는 이미 수술 후 예상되는 상황과 수술의 불실시에 따른 리스크를 본인에게 설명해 주었으며, 본인은 이미 이를 충분히 이해하였습니다.

醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。

(4) 본인은 이번 수술 과정에서 필요할 경우 수혈을 받아야 하는 것을 이해하며, 이에 본인은 수혈에 동의합니다. / 동의하지 않습니다.

我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我同意不同意輸血。

(5) 나에 대한 상황, 수술 진행, 치료방식등은, 의사에게 질문과 문의를 했으며, 이에 대한 설명도 들었습니다.

針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我已經向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。

(6) 본인은 수술 과정에서 치료에 필요할 경우 기관 또는 조직을 절제하여야 하며, 병원은 이들 기관 또는 조직을 일정 기간 동안 보관하고 검사를 진행한 다음 법에 따라 신중하게 처리하게 된다는 것을 이해합니다.

我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。

(7) 나는 이 수술에서 발생할 수 있는 리스크와 병을 완전히 치료하는 보증도 할 수 없다는 사실을 알고 있습니다.

我瞭解這個手術有一定的風險，無法保證一定能改善病情。

(8) 의사가 제공 한 수술과 관련된 추가 지시 사항을 받았습니다.

我已經取得醫師交付之其他與手術相關說明資料

1. 실시하고자 하는 마취(의학용어가 불확실할 경우, 간략한 설명을 덧붙일 것)

擬實施之手術名稱 (如醫學名詞不清楚, 請加上簡要解釋)

의사의 시술 명칭 醫師施行手術名稱 :

인공 임플란트 수술 人工牙根植入術

단순 치아 절제술 單純齒切除術

복잡한 치아 절제술 複雜齒切除術

기타 其他

2. 권장하는 마취 방식 建議麻醉方式 :

국소마취 局部麻醉

진정술 鎮靜術

전신마취 全身麻醉

기타 其他

3. 의사의 성명 醫師之聲明

(1) 본인은 환자를 위해 수술 전 마취에 대한 평가 작업을 완료하였습니다.

我已經為病人完成術前麻醉評估之工作。

(2) 본인은 환자가 최대한 쉽게 이해할 수 있는 방식으로 마취에 관한 정보를 설명하였으며, 보다 상세하게는 아래 해당하는 사항들을 설명하였습니다.

我已經儘量以病人所能瞭解之方式, 解釋麻醉之相關資訊, 特別是下列事項 :

마취에 따른 절차.

麻醉之步驟

마취에 따른 리스크.

麻醉之風險

마취 후 나타날 수 있는 증상.

麻醉後, 可能出現之症狀

기타 수술과 관련된 설명 자료는 환자에게 이미 전달했습니다.

如另有麻醉相關說明資料, 我並已交付病人。

(3) 본인은 환자에게 충분한 시간을 주었으며, 아래 기재된 이번 수술 및 마취에 관한 질문에 답변하였습니다.

我已經給予病人充足時間, 詢問下列有關本次手術涉及之麻醉問題, 並給予答復 :

- A.
- B.
- C.

의사 서명 醫師簽名 :

날짜 : _____ 원 _____ 월 _____ 일 (日期 : 年/月/日)

시간 : _____ 시 _____ 분 (時間 : 時/分)

4. 환자의 성명 病人之聲明

- (1) 본인은 순조로운 수술 진행을 위해 반드시 동시에 마취를 받아야 수술로 인한 고통과 공포감을 해소할 수 있음을 이해합니다.

我了解為順利進行手術，我必須同時接受麻醉，以解除手術所造成之疼痛及恐懼。

- (2) 의사는 나에게 마취의 방식 및 리스크를 설명했으며, 충분히 알고 있습니다.

醫師已向我解釋，並且我已了解施行麻醉之方式及風險。

- (3) 나는 마취 부작용 및 합병증을 이르킬 수 있다는 사실을 알고 있습니다.

我已了解麻醉可能發生之副作用及併發症。

- (4) 마취를 진행함에 있어서, 본인은 이미 이와 관련된 의문점과 의혹을 의사에게 제시하였고, 아울러 이에 대한 설명을 받았습니다.

針對麻醉之進行，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。

위와 같은 성명으로 이 수술과 마취를 동의합니다.

基於上述聲明，我同意進行此手術及麻醉。

동의 이름 立同意書人姓名：

동의 서명 簽名：

* 의사 성명이 없는 동의서를 받았을 경우, 서명을 하지 마십시오.

(※若您拿到的是沒有醫師聲明之空白同意書，請勿先在上面簽名同意)

관계 : 환자의

關係 : 病人之

(동의서 작성자 신분은 주3을 참고하세요 立同意書人身分請參閱附註三)

주민등록증번호/ 여권번호 : _____

身分證統一編號/居留證或護照號碼

주소 住址 : _____

전화 電話 : _____

날짜 : _____ 원 _____ 월 _____ 일 (日期：年/月/日)

시간 : _____ 시 _____ 분 (時間：時/分)

비고 附註：

1. 수술의 일반 리스크 手術的一般風險

- (1) 수술후 일부 폐장이 찌그러지고 기능이 손실되고, 흉강 감염의 확율이 높아집니다. 이럴 경우, 항생소, 호흡치료 또는 기타 치료가 필요합니다.

手術後，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素、呼吸治療或其他必要的治療。

- (2) 부분마취 이외의 수술을 제외하고 다리 부위에는 통증과 부종을 동반한 혈전이 생길 수 있으며, 응고된 핏덩어리는 분산되면서 폐로 들어가 치명적인 위험을 초래할 수 가능성이 있습니다. 단, 이러한 상황은 자주 발생하지 않습니다.

除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。

- (3) 심장에 무리가 가기 때문에 심장병이 발작하거나 심지어는 중풍을 유발할 가능성도 있습니다.

因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。

- (4) 수술 과정에도 예측할 수 없는 사고가 발생할 수 있으며, 심지어 사망을 이룰 수 있습니다.

手術過程仍可能發生難以預期的意外，甚至因而造成死亡。

2. 동의서에 동의한 자가 환자 본인이 아닐 경우, '환자와의 관계' 항목에는 반드시 환자와의 관계가 필수적으로 기재되어야 합니다.

立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

3. 수술 및 마취 동의서는 아래의 상황을 제외하고 본인이 서명해야 합니다:

手術及麻醉同意書除下列情形外，應由病人親自簽名：

- (1) 미성년 환자 또는 기타 사유로 동의를 할 수 없는 경우, 법정 대리인, 배우자, 가족 혹은 관계자로부터 서명할 수 있습니다.

病人為未成年人或因故無法為同意之表示時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。

- (2) 환자의 관계자는 환자와 아주 친한 관계자를 의미합니다. 예: 반려(성별불문), 동거인, 친한 친구등. 혹은 법적 또는 계약관계로 환자에게 보호할 의무가 있는 자, 예: 보호자, 소년보호관, 학교교직원, 사고 운전자, 군인/경찰/소방대원등.

病人之關係人，係指與病人有特別密切關係之人，如伴侶(不分性別)、同居人、摯友等；或依法令或契約關係，對病人負有保護義務之人，如監護人、少年保護官、學校教職員、肇事駕駛人、軍警消防人員等。

- (3) 환자가 글을 모르는 경우, 지문으로 서명을 대신할 수 있습니다. 단, 2명의 증인이 지문 옆에 서명을 해야 합니다.

病人不識字，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人於指印旁簽名。

4. 의료기관은 환자가 수술 및 마취동의서에 서명한 후 3개월 내에 시술을 해야 합니다, 이 기간이 초과됐을 경우 동의서를 다시 작성해야 합니다. 수술 및 마취동의서에 서명한 후 질병에 변화가 생길 경우에도 동일합니다.

醫療機構應於病人簽具手術及麻醉同意書後三個月內，施行手術，逾期應重新簽具同意書，簽具手術及麻醉同意書後病情發生變化者，亦同。

5. 수술중, 수술 항목 혹은 범위에 변경이 있을 경우, 또한 환자의 의식이 있는 상태에서는 환자에게 알려야 하며 동의를 받아야 합니다. 만약, 환자가 의식이 없는 경우 혹은 의사표현을 제대로 하지 못할 경우, 환자의 법정 혹은 지정 대리인, 배우자, 가족 혹은 관계자로부터 대신 동의를 받아야 합니다. 상기의 관계자가 없는 경우, 집도이는 환자의 최대이익을 위해, 개인의 전문적 판단으로 환자를 위해 결정해야 합니다. 단, 환자가 명시했거나 또는 알고 있는 의사를 위반해서는 안됩니다.

手術進行時，如發現建議手術項目或範圍有所變更，當病人之意識於清醒狀態下，仍應予告知，

並獲得同意，如病人意識不清醒或無法表達其意思者，則應由病人之法定或指定代理人、配偶、親屬或關係人代為同意。無前揭人員在場時，手術負責醫師為謀求病人之最大利益，得依其專業判斷為病人決定之，惟不得違反病人明示或可得推知之意思。

6. 의료기관이 환자에게 수술을 한 후, 환자에게 동일한 수술을 다시 할 필요가 있는 경우, 의료기관은 동의서를 다시 받아야 합니다.

醫療機構為病人施行手術後，如有再度為病人施行相同手術之必要者，仍應重新簽具同意書。

7. 수술과정에 마취는, 수술을 순조롭게 할 수 있으며, 수술시의 고통과 공포감을 제거해 주며, 생리 기능의 안정상태를 유지할 수 있습니다. 단, 마취를 받은 일부 환자에게는, 전신마취, 부위마취 또는 국소마취는 아래의 부작용 및 합병증이 발생할 수 있습니다.

手術過程中之麻醉，除輔助手術順利施行外，亦可免除手術時的疼痛和恐懼，並維護生理功能之穩定，但對於部分接受麻醉之病人而言，不論全身麻醉、區域麻醉或局部麻醉，均有可能發生以下之副作用及併發症：

- (1) 잠재성 심장혈관 질환 환자에게는, 수술중 또는 마취후에 돌발성 급성심근경색증이 발생할 수도 있습니다.

對於已有或潛在性心臟血管系統疾病之病人，於手術中或麻醉後較易引起突發性急性心肌梗塞。

- (2) 잠재성 심장혈관 질환 또는 뇌혈관 질환 환자에게는, 수술중 또는 마취후에 뇌졸중이 발생할 수도 있습니다.

對於已有或潛在性心臟血管系統或腦血管系統疾病之病人，於手術中或麻醉後較易發生腦中風。

- (3) 긴급 수술 혹 음식 체취를 숨기거나, 복내고압 (장폐색, 임신등)등 환자는, 마취시 구토가 발생하여, 흡인성 폐렴을 이르킬 수 있습니다.

緊急手術，或隱瞞進食，或腹內壓高（如腸阻塞、懷孕等）之病人，於執行麻醉時有可能導致嘔吐，因而造成吸入性肺炎。

- (4) 특수성 체질 환자는, 마취시 악성 고체온증(잠재성 유전병, 현대 의학에는 적당한 사전 실험으로 입증할 수 없음)을 이르킬 수 있습니다.

對於特異體質之病人，麻醉可引發惡性發燒（這是一種潛在遺傳疾病，現代醫學尚無適當之事前試驗可預知）。

- (5) 약물 과민 혹 수혈로 인한 돌발성 반응.

由於藥物特異過敏或因輸血而引致之突發性反應。

- (6) 부위마취는 단기 또는 장기적 신경 피해를 이르킬 수 있습니다.

區域麻醉有可能導致短期或長期之神經傷害。

- (7) 기타 도발성 병변

其他偶發之病變。

8. 의료기관은 동의서를 심사한 후, 일부는 병력과 함께 의료기관에 보관하고, 일부는 환자로 부터 보관합니다.

醫療機構查核同意書簽具完整後，一份由醫療機構連同病歷保存，一份交由病人收執。

참고자료 출처: 위생복지부 웹사이트

參考資料來源：衛生福利部網站