치핵수술에 대한 설명 및 동의서

환자의 이름 :
주민등록번호 :
주 소 :

진단명

가. 귀하의 현재 상태 : 치핵(치질, 지질) 등의 의심이 있습니다.
나. 치핵의 증상 : 위 증상은 여러 가지 원인에 의한 항문점막조직의 혈행부전으로 인하여 발생하는 질환으로 치핵이 진행되면 출혈, 직장점막탈출증, 동통등의 증세가 나타납니다. 이러한 상태가 심해지면 결국 수술적 조처가 필요한 상태에 이르게 됩니다.
다. 추가적인 검사의 필요성 : 귀하의 현재 증세는 치열, 직장점막탈출증, 직장류, 직장탈등이 의심되기도 합니다. 그러나 이에 대한 확진을 위하여는 검사 또는 수술이 필요합니다.
(※이 난은 오진의 경우를 예상하여 둔 것으로 필요에 따라 기재해 주시기 바랍니다.)

진단명에 대하여 들었습니다. 서명 (인)

귀하의 위 증세를 완화시키기 위한 방법

가. 수술명 : 치핵절제술
나. 수술의 목적 : 출혈, 점막탈출 혹은 동통의 제거입니다.
다. 수술의 방법
1) 드러난 치핵종괴와 향후 쉽게 발생 가능한 치핵조직을 제거합니다.
2) 치열증세가 있을 경우 항문내괄약근 부분절제술을 추가합니다.
라. 귀하가 알아야 할 치료경과는 다음과 같습니다.
1) 대부분의 경우에는 치핵절제술 후에 금식할 필요는 없습니다.
2) 수술한 후에는 안정을 취하게 하여야 합니다.
3) 통증이 없어질 때까지는 약 24시간이 걸리는 것이 일반적이나 환자나 증세의 경중에 따라 그 기간은 증감되기도 합니다.
4) 변비나 설사의 발생이 있을 경우 출혈등의 합병증이 발생할 수 있으며, 이 경우에는 지혈을 위한 2차 수술이 필요합니다.

증세를 완화시키기 위한 방법에 대하여 들었습니다. 서명 (인)

시술 후의 후유증 내지 합병증

출혈(%), 피부꼬리판의 발생(%), 항문협착증(%), 재발(%) 등이 발생되기도 합니다.

후유증에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

후유증 내지 합병증 발생률

우리 병원에서 현재 위의 수술에 대한 합병증 발생률은 출혈(%), 피부꼬리판의 발생(%), 항문협착증(%), 재발(%)입니다.

후유증 내지 합병증 발생률에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

이 수술 이외의 치료방법

첫째, 내과적 치료(변비조절, 약물요법)
둘째, 비수술적 치료 : 고무밴드 혈관결찰법, 울트로이드 등이 있습니다.

대체 치료방법에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

치료를 하지 않는 경우

출혈의 악화로 빈혈, 허혈성 쇼크의 과정을 밟게 될 수 있습니다. 또한 점막탈출증의 심화로 배변조절기능의 부전을 초래할 수 있습니다.

치료를 하지 않을 경우에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

귀하의 경우 현재 다음과 같은 특이 사항이 있습니다.

1) _____
2) _____

년 월 일

주치의사 : _____ (인)
면허번호 : _____

서약

치핵의 치료를 위한 수술의 방법과 시술에 따른 후유증과 합병증에 대하여 충분히 이해하였으므로, 본 시술을 받은 것을 신청합니다. 아울러 시술에 따른 모든 지시사항을 충실히 이행하며 주치의 및 시술의사의 지시와 판단에 전적으로 협조할 것을 서약합니다.

귀하의 증상과 치료 및 후유증에 관한 상세한 설명을 들었다면 **들었음,** _____
본 동의서 사본을 받았으면 **받았음** 이라고 자필로 기재해 주십시오. _____

본 동의서는 잘 보관하십시오.

년 월 일

환 자 : _____ (인)
보호자(법정대리인) : _____ (인)