척추후관절내주사 신청서 및 동의서

환자의 이름 :
주민등록번호 :
주 소 :

치료명

척추후관절내주사

위 치료의 필요성

척추후관절내주사는 척추후관절의 퇴행성관절염이나 척추후관절증후군 치료에 필요하며 통상 약 4-6주간의 보존적 치료 후 효과가 없는 경우에 진단의 확진과 동시에 치료 목적으로 시행하게 됩니다.

치료명 및 치료의 필요성에 대하여 들었습니다. 서명 (인)

치료 효과

시술 후 단기간에는 약 50-90%정도에서 증세 호전이 있고 1년 정도 후의 장기간에는 약 20-50%의 통증 감소가 지속됩니다.

위 치료의 시술 방법

보통 약간 옆으로 돌아누운 자세에서 시행합니다. 주사부위의 통증을 줄이기 위해 피부에 국소마취를 시행한 후 방사선 투시를 하면서 치료하고자 하는 척추후관절을 향해 바늘을 삽입합니다. 관절내에 제대로 바늘이 들어갔는지 여부를 확인하기 위해 대개 약간의 조영제를 투여하고 나서 약 2ml 정도의 스테로이드용액을 주입합니다.

시술방법에 대하여 들었습니다. 서명 (인)

시술 전의 주의사항

특별한 주의사항은 없습니다
국소마취제나 스테로이드에 대한 과민반응이 있으면 미리 말씀해 주십시요

시술 후의 주의사항

주사 부위에 통증이 있을 수 있으므로 침대에서 일어나지 말고 주치의의 지시에 따라 일정 기간 안정을 취하여야 합니다.

시술전.후의 주의사항에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

치료의 후유증 내지 합병증

가. 치료 후 치료 부위의 출혈, 감염 등이 발생할 수 있습니다.
나. 거미막하 차단, 경질막외 차단, 신경근손상, 척수 손상, 공기가슴증 등이 일어날 수 있으나 매우 드뭅니다.
다. 주사액이 체내에 흡수되어 과민반응을 일으킬 수 있으나 매우 드뭅니다.

후유증에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

귀하의 경우 현재 다음과 같은 특이 사항이 있습니다.

1) _____
2) _____

년 월 일

주치의사 : _____ **(인)**
면허번호 : _____

위 치료의 시술신청서

본인은 척추후관절내주사 시술방법과 시술에 따른 후유증 및 합병증에 대하여 충분히 이해하였으므로 본 시술을 받을 것을 신청합니다.

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)**