요부 교감신경절차단 신청서 및 동의서

환자의 이름 :
주민등록번호 :
주 소 :

치료명

요부 교감신경절 차단

치료의 필요성

하지를 지배하는 교감신경을 차단해서 하지의 혈행개선과 발한정지 그리고 교감신경계와 관련된 통증을 해소시키는 것을 목적으로 합니다.

치료명 및 치료의 필요성에 대하여 들었습니다. 서명 (인)

시술 방법

요부를 국소마취 한 후 교감신경절을 향하여 10cm 바늘로 찔러서 조영제를 주입하여 정확히 목표에 위치하였는지를 방사선 투시로 확인한 후 약물을 주입합니다.

시술 방법에 대하여 들었습니다. 서명 (인)

시술 전의 주의사항

특별한 주의사항은 없습니다

시술 후의 주의사항

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

시술 전.후의 주의사항에 대하여 들었습니다. 서명 (인)

후유증 내지 합병증

가. 알코올 신경염으로 인한 대퇴부 감각이상 및 통증
나. 요관천자
다. 기흉
라. 출혈
마. 감염

후유증 내지 합병증에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

귀하의 경우 현재 다음과 같은 특이 사항이 있습니다.

1) _____
2) _____

년 월 일

주치의사 : _____ **(인)**
면허번호 : _____

서약

본인은 요부 교감신경절 차단 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)**