컴퓨터단층촬영 (CT) 검사에 대한 설명 및 동의서

환자의 이름 :
주민등록번호 :
주 소 :

검사명

컴퓨터단층촬영 (Computed Tomography, CT) 검사

검사의 필요성

X-선과 컴퓨터를 이용하여 인체의 구조를 단면으로 재구성해 내는 검사로서 인체의 해부학적 구조의 변형을 정확하게 파악할 수 있어, 질환의 유무, 질환의 성격 및 범위, 치료의 효과 등을 자세히 알 수 있습니다.

검사명 및 검사의 필요성에 대하여 들었습니다. 서명 (인)

위 검사의 시술방법

가. 검사시간은 대략 15분 정도 소요되며, 검사장비 안에서 움직이지 않고 편안히 누워 계시면 됩니다 (흉부와 복부 검사시 지시에 따라 호흡조절을 필요로 합니다).
나. 검사시 필요에 따라 효과적인 진단을 위하여 주사약 (조영제)을 사용하게 됩니다.
다. 복부 검사시에는 경우에 따라서 물약을 드시고 검사합니다.
라. 대장검사시에 관장이 필요 할 때가 있습니다.

시술방법에 대하여 들었습니다. 서명 (인)

시술 전의 주의사항

가. 검사시작 6시간 전에는 절대 금식하십시오 (물, 음료수, 식사 등 일체)
나. 예약시간 10분전까지 CT실에 도착하시고, 먼저 진행중인 검사 상황에 따라 검사 시간이 다소 지연되는 경우도 있습니다.
다. 타 병원에서 검사하신 방사선 사진이나 소견서 등이 있으면 가져오십시오.

라. 환자가 5세 이하인 경우에는 검사 8시간 전부터 잠을 재우지 마십시오.
마. 태아에게 방사선에 대한 해가 있을 수 있으므로 임산부나 임신가능성이 있는 여성은 담당자에게 꼭 알려주십시오.

시술 전의 주의사항에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

조영제의 부작용

검사시 필요에 따라 효과적인 진단을 위하여 주사약(조영제)을 사용하게 됩니다.

조영제 주입시 약간의 온열감 외에 드물게 부작용이 사람에 따라 일어날 수가 있습니다. 부작용의 정도는 보통 경미한 증상으로 가벼운 구토, 두드러기, 가려움, 얼굴이 붉어짐, 기침, 목쉰 소리, 콧물, 반점, 일시적 호흡곤란 등이 있으나 대개는 아무런 조치가 없이도 증상이 사라집니다. 그러나 드물게는 과민성 반응이 나타나고 적절한 치료를 해야하는 경우가 있으며 극히 드물게 3만 혹은 10만분의 1의 통계적 빈도로 사망에 이르는 경우도 보고되어 있습니다.

저희 병원에서는 사전에 반응검사 및 응급처치의 준비가 갖추어져 있으나 만일의 경우를 대비하여 검사전 아래와 같은 환자의 증상을 담당선생님에게 알려 주시면 감사하겠습니다.

1) 과거에 조영제 또는 항생제(페니실린, 암피실린 등) 등 약물 부작용을 경험하셨던 분은 미리 알려주십시오.

약물 종류 : _____ 증상 : _____

2) 아래 질환에 해당되는 사항에 표시하여 주십시오.

콩팥기능상실 ( ) 부정맥 ( ) 고혈압 ( )
천식 ( ) 알레르기 ( ) 갑상샘 병 ( )

조영제의 부작용에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

시술 후의 주의사항

가. 검사가 끝난 후 검사 결과는 진료과의 담당의사와 상의하십시오.
나. 검사직후 두드러기, 가려움 등의 증상이 있는 경우에는 담당자에게 문의하십시오.
다. 검사시 주사약이 간혹 혈관 밖으로 새는 경우가 있습니다. 이때 통증이 있을 수 있으니 손을 머리 위로 하시고 미지근한 수건으로 마사지하시면 증상이 호전됩니다.

시술 후의 주의사항에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

위 검사 및 조영제 사용 동의서

본인은 컴퓨터단층촬영검사의 검사방법과 검사시 발생할 수 있는 부작용에 대하여 충분히 이해하였으며 만일 부작용 발생시 의학적 처리 등 제반사항을 귀 병원에 위임하기로 하며 본 검사를 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

주치의사 : _____ **(인)**
면허번호 : _____
환자 : _____ **(인)**
보호자(법정대리인) : _____ **(인)**