재활도수요법 설명 및 동의서

환자의 이름 :
주민등록번호 :
주 소 :

진단명

가. 귀하의 현재 상태 : 척추기능부전(somatic dysfuntion)의 의심이 있습니다.

나. 척추기능부전의 증상 : 위 증상은 잘못된 자세, 발을 헛디디는 것, 부적절한 물건 들어 올리기, 잘못된 수면자세, 척추의 비대칭, 퇴행성 추간판질환, 골반불균형, 하지길이 차이, 운동제한, 발의 변형, 근육 불균형, 특정한 근육군의 약화 혹은 단축, 전체적인 비정상적 자세, 침해수용반응과 연관된 근절, 피부절, 혈관, 내장, 정신과적 요소의 장애 등의 원인으로 비대칭, 운동범위의 제한, 통증 등의 증상을 일으키는 것을 척추기능부전이라 합니다.

다. 추가적인 검사의 필요성 : 귀하의 현재 증세는 추간판 탈출증, 척추신경근병변, 암이 의심되기도 합니다. 그러나, 이에 대한 확진을 위하여는 자기공명영상촬영, 컴퓨터단층촬영, 근전도검사 또는 척추수술이 필요합니다.

진단명에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

귀하의 위 증세를 완화 시키기 위한 방법

가. 시술명 : 재활도수요법이 필요합니다.

나. 시술의 목적 : 균형된 자세 하에서 통증의 제거와 정상 척추운동의 회복입니다.

다. 시술의 방법 : 관절 운동의 끝 범위에서 매우 빠른 수동 운동을 가하는 것입니다.

라. 귀하가 알아야 할 치료경과는 다음과 같습니다.
1) 치료 후 증상의 호전을 느끼는 경우는 증상이 없어지거나, 치료의 목표를 얻을 때까지 치료를 계속합니다.

2) 증상이 치료 몇 시간 후 악화되거나 하루정도 지나 좋아지면 치료를 계속합니다.
3) 치료 후 증상이 즉시 악화되면 신체의 축을 따라 부드러운 견인과 마사지를 시행하며, 국소마취제 주입을 하며 이전 상태의 재평가, 신경학적 평가와 개인력을 포함한 이학적 검사를 상세히 합니다.
4) 증상이 몇일, 몇 주, 몇 개월에 걸쳐서 나빠지는 경우는 치료를 중단하고 여러 다른 치료 방법을 고려하며 재평가하고 필요한 경우에는 타과와 협진을 합니다.
5) 신경학적 합병증이 발생하는 경우는 즉시 입원을 합니다.
6) 9~10번 정도 치료 후에도 환자의 상태가 변하지 않고 처음의 증상과 같은 경우는 치료를 중단하고 정신과적인 상황을 재평가합니다.
7) 재활도수요법 후 일시적으로 교정통이 있을 수 있습니다.
8) 일반적으로 1개월에 걸쳐 약 12번 정도의 재활도수치료를 합니다.
9) 재활도수요법과 함께 단축된 근육을 신전시키는 운동을 같이 시행합니다.
10) 재활도수요법과 함께 약화된 근육을 강화시키는 운동을 같이 시행합니다.

치료경과에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

시술 후 후유증 내지 합병증

심각한 합병증은 400,000당 1건이 발생하며 가장 흔한 합병증은 혈관 및 신경구조에서 발생합니다. 경추에서 발생하는 경우는 주로 추골-기저동맥계에서 일어나며 골절, 탈구 및 척수손상 등의 경우도 보고됩니다. 가장 흔한 합병증은 마미증후군이며 이의 발생빈도는 일억번의 재활도수치료 당 한 건으로 매우 드뭅니다.

합병증에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

이 시술 이외의 치료방법

첫째, 물리치료(온찜질, 초음파, 간섭파치료, 레이저치료, 견인치료 등)
둘째, 약물치료
셋째. 주사요법
넷째, 자세교정

대체 치료방법에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

치료를 하지 않을 경우

통증의 악화 및 만성화의 과정을 밟게 됩니다.

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

귀하의 경우 현재 다음과 같은 특이 사항이 있습니다.

1) 염증성 변화(류마티스 관절염)
2) 암과 같은 파괴적인 변화
3) 해부학적 변화를 일으키는 외상
4) 중증의 골다공증
5) 퇴행성변화가 심함
6) 추골동맥의 증명된 기형이 있거나 의심
7) 정신과적인 문제

년 월 일

주치의사 : _____ **(인)**
면허번호 : _____

서약

본인은 위 척추기능부전의 치료를 위한 재활도수치료의 방법과 시술에 따른 합병증에 대하여 충분히 이해하였으므로, 수술후의 후유증발생의 위험을 감수하고 본 시술을 받을 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)**