전기경련요법의 표준설명서

환자의 이름 :
주민등록번호 :
주 소 :

전기경련요법이란?

주요우울장애를 비롯해서 조증, 정신분열증 및 여러 정신질환에 매우 효과적이고 안전한 치료 방법입니다.
영구적인 뇌손상을 우려하나 그런 학문적 증거는 없습니다.

시행 방법

전기경련요법전에 소변, 혈액검사, 흉부 방사선 검사, 심전도 검사, 치아 및 척추검사, 뇌의 종양이 의심되면 뇌전산화 촬영이나 자기공명 영상촬영등을 검사합니다.
전극은 양측성 또는 편측성으로 부착하고, 경련발작이 있을 정도의 충분한 전기자극을 시행합니다.

기대효과

주요우울장애에서 약물치료의 반응이 없거나 자살, 자해 및 타살, 타해의 위험이 응급인 경우 그리고 심한 우울증이나 정신병적 우을증 등에 빠른 효과를 기대할 수 있습니다. 정신분열증이나 조증에서 급성기에 특히 유효하며, 그외에도 긴장증, 비정형 정신증, 강박신경증 등에 유효하며, 약물투여가 곤란한 경우 오히려 안전하게 전기경련요법을 선택할 수 있습니다.

시행방법 및 기대효과에 대하여 들었습니다. 서명 (인)

시술 후의 후유증 내지 합병증

인지장애로 전기경련요법 시행직후 혼란, 섬망상태가 일시적으로 나타나지만 대부분 소실됩니다. 환자의 약 75%가 기억손상을 호소하며, 전진성 또는 역행성 기억장애를 호소합니다. 그러나 이런 기억장애는 대부분 6개월이내에 회복됩니다.

조증이 악화되는 경우도 있고, 부정맥이 나타나거나, 무호흡증후가 지속되는 경우도 있으나 사망률은 0.01%입니다. 그외에 척추 골절 가능성이 있습니다.

후유증에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

시술의 현재 상태

정신과 약물의 급진적인 발달로 전기경련 치료의 사례가 매우 적은 편이나 실제 효과나 위험도는 약물치료에 비해 손색이 없고, 기계의 발달로 시행에 따른 위험도도 매우 감소된 상태입니다.

시술의 현재 상태에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

서약

본인은 우울장애(조증, 정신분열증등)를 치료하기 위한 전기경련 요법에 대해 후유증이나 합병증에 대해 충분히 이해하였으므로 본 시술을 받을 것을 신청합니다. 아울러 모든 지시사항을 충실히 이행하며, 주치의 및 시술의사의 지시와 판단에 적극 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

주치의사 : _____ **(인)**
면허번호 : _____
환 자 : _____ **(인)**
보호자(법정대리인) : _____ **(인)**