

마취 사전 동의서

본인은 시술에 필요하다고 판단되는 마취를 **Metropolitan Anesthesia, LLC(MPA)**가 수행할 수 있도록 승인, 동의 및 요청합니다. 본인의 마취 치료와 관련된 모든 질문이나 우려 사항에 대해 답변을 받거나 해결할 수 있는 기회가 있었습니다.

- **깊은 진정(프로포폴을 사용한 TIVA) Deep Sedation (TIVA with Propofol):** 약물을 혈류에 주입하여 의식을 잃게 하는 것. 환자는 반복적이거나 고통스러운 자극을 받으면 의도적으로 반응할 수 있습니다. 일반적으로 자발적인 호흡이 유지됩니다. 심혈관 기능은 일반적으로 유지됩니다. 기도 처치가 필요할 수도 있습니다.
- **MAC(의식하 진정) MAC (Conscious Sedation):** 의식 상실 없이 진정 효과를 내기 위해 혈류에 주입하는 약물입니다. 환자가 구두 명령에 의도적으로 반응할 수 있습니다. 자발적인 호흡이 유지됩니다. 심혈관 기능은 일반적으로 유지됩니다.

본인은 드문 합병증 등과 같은 마취 부작용이 때때로 발생할 수 있다는 사실을 고지받았으며 알고 있습니다. 드물지만 합병증으로 인해 입원하여 적절한 지속적인 치료를 받아야 할 수도 있음을 알고 있습니다.

부작용:

인후통
목/턱 통증
오심 및/또는 구토
정맥주사 부위 통증 또는 부상
치아 상해
부종
코피

드문 합병증:

약물 이상반응
호흡기 문제
흡인
저혈압 및/또는 심박수
비정상적인 심장 박동
마비
심장 마비/뇌졸중
사망

본인은 처방약과 일반 의약품을 포함하여 복용 중인 모든 약을 공개하는 것을 포함하여 의료진에게 본인의 완전한 병력을 제공하는 것이 중요하다는 것을 알고 있습니다. 또한 본인은 한방 치료제, 알코올 또는 모든 종류의 불법 약물 복용 시 심각한 합병증이 발생할 수 있으며 이를 반드시 알려야 함을 알고 있습니다. 또한 과거 마취제로 인해 발생한 합병증에 대해서도 공개해야 한다는 것을 알고 있습니다.

본인은 이 양식을 직접 읽었거나 누군가가 읽어주었으며, 마취 서비스의 위험성, 대안 및 예상 결과를 이해하고, 질문하고 결정을 고려할 충분한 시간을 가졌음을 인정합니다.

본인은 이 문서에 서명함으로써 임신 중 특정 마취제를 투여할 경우 태아에게 해로울 수 있다는 조언을 받았음을 진술합니다. 임신 중 마취 및/또는 내시경 검사와 관련된 궁금증을 해소할 기회가 주어졌고, 모든 질문에 만족할 만한 답변을 받았습니다.

본인은 다음을 추가로 진술합니다. 임신 중이 아닙니다 임신 중입니다 해당 없음
I further represent that I am not pregnant I am pregnant N/A

그리고 본인은 마취 제공자가 적절하다고 판단하는 경우 마취와 함께 대장내시경/내시경 검사를 실시할 수 있도록 의료기관 및 **MPA** 에 권한을 부여합니다.

_____ 환자 또는 법정 대리인 서명 Patient or Legal Representative Signature	_____ 날짜 Date	_____ 시간 Time
_____ 마취 의료진의 서명 Anesthesia Provider's Signature	_____ 날짜 Date	_____ 시간 Time