THE OREGON CLINIC
GASTROENTEROLOGY

위장 내시경 검사 사전 동의서

시술 설명

조명이 달린 기구를 사용하여 소화관을 직접 눈으로 보는 것을 위장 내시경 검사라고 합니다. 담당 의사가 귀하에게 이러한 종류의 검사를 받을 것을 권유했습니다. 다음은 이러한 시술을 받는 이유와 발생할 수 있는 위험을 이해하는 데 도움이 되는 정보입니다.

검사 시 연성 내시경(생검, 사진 촬영, 용종 제거 또는 주사 치료 포함 또는 미포함)으로 소화관 내벽을 철저히 검사합니다. 비정상적인 세포가 있는지 확인하기 위해 실험실에 조직 샘플을 보낼 수도 있습니다. 작은 혹(용종)이 발견되면 제거할 수도 있습니다.

위장 내시경 검사의 주요 위험 및 합병증

위장 내시경 검사는 일반적으로 위험도가 낮은 시술입니다. 그러나 아래의 모든 합병증이 발생할 수 있으며, 이로 인해 입원 및 추가 재정적 비용이 발생할 수 있으며 이에 대한 책임은 귀하(환자)가 부담해야 합니다. 귀하가 원하는 경우 담당 의사가 이러한 합병증의 빈도에 대해 설명할 것이며, 특히 위장 내시경 검사에 대한 귀하의 적응증에 대해 언급할 것입니다.

본 시술에 대해 궁금한 점이 있으면 담당 의사에게 문의하십시오.

1. **천공:** 기기를 통과시키면 위장관 벽이 손상되어 위장관 내용물이 체강으로 누출될 수도 있습니다. 이 경우 일반적으로 누출을 막거나 해당 부위를 배액하는 수술이 필요합니다.
2. **출혈:** 출혈은 일반적으로 생검, 용종 절제술 또는 확장술의 합병증입니다. 이러한 합병증의 관리는 관찰, 출혈 조절을 위한 시술 반복, 수혈, 수술 또는 방사선 시술 등으로 이루어질 수 있습니다. 시술 중 출혈이 발생하면 열에 의한 응고, 클립 삽입, 약물 주입을 포함하되 이에 국한되지 않는 출혈 조절 방법을 사용할 수 있습니다.
3. **진정제/약물 반응:** 모든 약물 투여에는 위험이 수반됩니다. 이러한 위험에는 주사 부위 정맥의 가벼운 염증, 오심 및/또는 구토, 투여 약물에 대한 알레르기 반응, 발작 또는 드물게 심장 및/또는 호흡 합병증이 포함될 수 있습니다.
4. **누락된 병변 또는 불완전한 시술:** 담당 의사는 모든 용종, 병변 및 암을 식별하기 위해 가능한 모든 조치를 취할 것입니다. 장의 주름이나 잔여 대변에 가려서 병변을 놓칠 가능성은 항상 있습니다. 담당 의사는 검사를 완료하기 위해 최선을 다할 것이지만, 때때로 해부학적 구조나 불편함으로 인해 검사가 불가능한 경우도 있습니다.
5. **기타:** 추가 위험에는 이미 앓고 있는 다른 질병으로 인한 합병증이나 치아/치과 치료제의 손상 등이 포함될 수 있습니다. 드물지만 내시경이 비장 옆 결장의 굴곡을 통과할 때 비장 손상(비장의 찰과상 또는 열상)이 발생할 수 있으며, 이로 인해 입원, 수혈이 필요하거나 치료를 위해 수술이 필요할 수도 있습니다. 기기 고장 및 사망은 극히 드물지만 희박한 가능성은 있습니다. 자신의 모든 알레르기 특성과 의학적 문제를 담당 의사에게 알리십시오.

위장 내시경 검사의 대안**:** 위장 내시경 검사는 위장관을 검사하는 매우 안전하고 효과적인 수단이지만, 진단 정확도가 100%는 아닙니다. 드물지만 진단에 실패하거나 오진이 발생할 수도 있습니다. 실험실 검사, 진료, 엑스레이 및 수술과 같은 다른 진단 또는 치료 절차를 이용할 수 있는 경우도 있습니다. 진단 연구 및/또는 치료를 선택하지 않을 수도 있습니다. 담당 의사와 이러한 옵션에 대해 상담하십시오.

내시경 시술에 대한 간략한 설명

1. **진정 및 진통:** 시술 전과 시술 중에 정맥 주사 약물을 투여하여 시술에 대한 내성을 개선하기에 충분할 정도의 이완과 편안한 상태를 유지하십시오.
2. **EGD(식도-위-십이지장 내시경**): 식도, 위, 십이지장을 검사합니다. 생검 또는 용종 절제술(용종이라고 하는 작은 혹을 제거하는 수술)을 시행할 수 있습니다.
3. **식도 확장:** 식도의 좁은 부위를 늘리기 위해 확장술(확장 튜브 또는 풍선 확장기 사용)을 시행할 수도 있습니다.

환자 이니셜 Patient Initials: _____

THE OREGON CLINIC
GASTROENTEROLOGY

4. **소장 내시경:** 소장을 검사합니다. 생검 또는 용종 절제술(용종이라고 하는 작은 혹을 제거하는 수술)을 시행할 수 있습니다.
5. **연성 시그모이드 내시경:** 항문, 직장 및 결장의 왼쪽을 검사합니다. 때때로 대장 전체를 검사할 수도 있습니다(대장 내시경 검사). 생검 또는 용종 절제술(용종이라고 하는 작은 혹을 제거하는 수술)을 시행할 수 있습니다.
6. **대장 내시경:** 결장의 전체 또는 일부를 검사합니다. 고령의 환자와 광범위한 게실염이 있는 환자는 합병증에 더 취약합니다. 생검 또는 용종 절제술(용종이라고 하는 작은 혹을 제거하는 수술)을 시행할 수 있습니다.
7. **결장 확장:** 대장의 좁은 부위를 늘리기 위해 확장관(확장 튜브를 사용)을 시행할 수도 있습니다.
8. **회장 내시경 검사:** 환자의 회장루를 통해 소장의 아래쪽 부분(회장)을 검사합니다. 생검 또는 용종 절제술(용종이라고 하는 작은 혹을 제거하는 수술)을 시행할 수도 있습니다.
9. **POUCHOSCOPY:** 회장낭을 검사합니다. 생검 또는 용종 절제술(용종이라고 하는 작은 혹을 제거하는 수술)을 시행할 수도 있습니다.

동의: 본인은 본인의 편안함, 건강 및 안전을 위해 바람직하거나 필요하다고 판단되는 약물의 투여를 승인합니다. 본인은 의학 교육의 발전을 위해 사용되는 사진을 촬영하고 게시하는 데 동의합니다. 본인은 위장관 내시경 검사에 관한 정보를 이해했음을 동의합니다. 본인은 시술의 위험성과 합병증 발생 가능성에 대해 충분히 설명을 들었으며, 담당 의사에게 질문할 기회가 있었습니다. 본인은 병력, 문제, 복용 중인 약물, 음식 및 수분 섭취량과 관련하여 환자로서 제공한 정보가 정확함을 동의합니다. 본인은 또한 내시경 센터에서 퇴원할 때 책임질 수 있는 성인이 동반해야 함을 인지하고 있습니다. 본인은 이러한 조언을 무시하고 문제가 발생하여 보고하지 않을 경우 위험에 처할 수 있음을 인지하고 있습니다. 이에 따라 본인은 다음 대상을 승인하고 허가합니다.

담당 의사 이름 Physician Name:_____

그리고 본인을 대리하여 다음을 수행할 수 있도록 위임할 수 있는 사람:

시술) Procedure (s):

- ☐ 생검, 용종 절제술 및/또는 확장술을 포함한 대장 내시경 검사
  Colonoscopy with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- ☐ 생검, 용종 절제술 및/또는 확장술을 포함한 식도-위-십이지장 내시경 검사(EGD)
  Esophagogastroduodenoscopy (EGD) with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- ☐ 생검, 용종 절제술 및/또는 확장술을 포함한 연성 시그모이드 내시경 검사
  Flexible Sigmoidoscopy with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- ☐ 생검 및/또는 용종 절제술을 포함한 소장 내시경 검사
  Enteroscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- ☐ 생검 및/또는 용종 절제술을 포함한 회장 내시경 검사
  Ileoscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- ☐ 생검 및/또는 용종 절제술을 포함한 파우치 내시경(Pouchoscopy)
  Pouchoscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- ☐ 기타 Other:_____

이 시술 중에 예상치 못한 상황이 발생하여 담당 의사의 판단에 따라 추가 시술, 치료 또는 수술이 필요한 경우, 본인은 심폐소생술 및 지역 병원으로의 이송을 포함하여 담당 의사가 적절하다고 판단하는 모든 조치를 취할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 본인의 사전의료지시서가 센터에 제공되면 이송 시 해당 병원으로 전송된다는 것을 인지하고 있습니다. 본인은 의학 및 수술이 정확한 과학이 아니며, 이 시술의 결과에 대해 어떠한 보장도 받지 않음을 인지하고 있습니다.

환자 또는 법정 대리인 서명:	날짜:	시간:
Patient or Legal Representative Signature	Date	Time
증인 서명:	날짜:	시간:
Witness Signature	Date	Time
통역사 서명:	날짜:	시간:
Interpreter Signature	Date	Time