



## 신경생검 시술 동의서

등록번호	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em;"></div>	환자명	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em;"></div>
나이 / 성별	61 / 여	시행예정일	2019.9.17
진단명	Fever of unknown origin		
시술부위 표지	<input checked="" type="radio"/> Rt <input type="radio"/> Lt <input type="radio"/> Both <input type="radio"/> 해당없음 [시술부위 <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 1.2em; display: inline-block;"></div> ]		

※ 참여 의료진 (시술의가 다수인 경우 모두 기재해 주시기 바랍니다.)

☐ 해당없음

시술의	권영남	전문의여부	전문의	진료과목	신경과
시술의		전문의여부		진료과목	
시술의		전문의여부		진료과목	

시술의		전문의여부		진료과목	
-----	--	-------	--	------	--

다음의 설명 내용은 의료진이 환자 본인이나 대리인(보호자)에게 환자가 시행 받을 시술에 대한 정보를 제공하여 환자 본인이나 대리인(보호자)이 자주적 의사에 따라 시술여부를 결정할 수 있도록 하기 위한 것입니다. 설명 내용 중 이해가 되지 않는 부분이 있다면 설명의사에게 추가 설명을 요청할 수 있습니다. 환자(또는 대리인)는 이 동의서 또는 별지 사본에 대한 교부를 의무기록 사본발급 절차에 따라 요청할 수 있으며, 이 요청이 있을 경우 지체 없이 교부하도록 합니다. 단, 동의서 또는 별지 사본 교부 시 소용되는 비용을 청구할 수 있습니다.

### 1. 환자 상태 및 특이사항

신경생검(Nerve biopsy)은 혈관염성 신경병증, 자가면역성/염증성 말초신경병증, 유전성 신경병, 유전분성 신경병증, 유육종증, 나병 등의 진단과 같은 말초신경계 질환을 가진 환자에서 선택적으로 시행됩니다. 환자분은 \_\_\_\_\_ 질환이 의심되어 이를 위한 감별적 진단 또는 확진을 위한 목적으로 신경생검을 하게 됩니다.

과거병력(질병/상해/수술)	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	당뇨병	<input checked="" type="radio"/> 유 <input type="radio"/> 무
흡연유무	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	고혈압	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무
알레르기 등의 특이체질	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	저혈압	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무
기도이상	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	심혈관질환	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무
호흡기질환	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	혈액응고 관련 질환	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무
복용약물	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	신장질환	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무
마약복용 혹은 약물사고	<input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무	기타	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 1.2em;"></div>



## 2. 시술을 하지 않을 경우의 예후

신경 생검은 다른 방법으로 진단을 확인할 수 없을 때 또는 병리적인 소견이 진단에 필수적인 일부의 경우에 부득이하게 하게 되는 침습적인 검사로, 진단에 따라 검사를 시행하지 못하였을 때 신경 생검을 통해 얻을 수 있는 추가적인 정보를 얻을 수 없어 진단이 모호해질 가능성이 있습니다.

## 3. 예정된 시술 이외의 시행 가능한 다른 방법

침습적인 신경 생검 외에 임상적으로 위의 질환을 진단하기 위하여 근전도 검사 및 유전자 검사가 사용되고 있습니다.

## 4. 시술의 목적/필요성/효과

신경 생검은 직경이 작은 신경섬유의 변화는 물론 결체조직이나 혈관까지 직접 관찰할 수 있는 검사로 말초신경병의 종류 및 중증도에 대한 많은 정보를 제공하여 정확한 진단을 가능하게 합니다. 하지만 일부의 경우 신경 생검에서 비특징적인 소견 만이 관찰되어 추가적인 정보를 얻지 못하는 경우도 드물게 있습니다.

## 5. 시술의 방법 및 내용

### 1) 시술 과정 전반에 대한 설명

대부분의 경우 비골신경에서 생검이 이루어지며, 국소 마취 후 생검을 하고자 하는 신경의 피부(대부분 바깥 복숭아뼈 상방)를 약간 (5 - 9 cm) 절개하고 신경의 일부를 채취한 후 다시 피부를 봉합하게 됩니다.

### 2) 시술 추정 소요시간

시술 추정 소요시간에는 1시간에서 2시간 가량 소요되며, 상황에 따라 조금 더 길어지거나 짧아질 수 있습니다.

### 3) 시술 방법 변경 및 시술 범위 추가 가능성

시술과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 시술방법이 변경되거나 시술범위가 추가될 수 있습니다. 이 경우, 환자 또는 대리인에게 추가로 설명하여야 하는 사항이 있는 경우에는 시술의 시행 전에 이에 대하여 설명하고 동의를 얻도록 합니다. 다만, 시술의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 시술방법의 변경 또는 시술범위의 추가가 요구되는 경우에는 이에 따른 시술의 시행 후에 지체 없이 그 변경 또는 추가의 사유 및 시술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.

병리 검사 결과에 따라 추가 신경 생검이 필요한 경우도 있을 수 있습니다.

### 4) 수혈가능성

지혈을 적절히 시행하나 일부에서 시술 후에 출혈이 지속되어 혈종이 생겨 봉합한 부위에 혈종을 제거하는 시술을 다시 하게 되는 경우도 있습니다. 일종의 수술이어서 극히 드물게 출혈이 지속 시 수혈 등의 조치가 있을 수도 있습니다.



#### 5) 시술의 변경 가능성

위에 기재된 참여 의료진이 있는 경우 시술과정에서 환자의 상태 또는 의료기관의 사정 (응급환자의 진료, 주치의(시술의)의 질병·출산 등 일신상 사유, 기타 변경사유: \_\_\_\_\_)에 따라 부득이하게 주치의(시술의)가 변경될 수 있습니다.

이 경우 시술의 시행 전에 환자 또는 대리인에게 구체적인 변경사유를 설명하고 동의를 얻을 예정입니다. 다만, 시술의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 시술의 변경이 요구되는 경우에는 이에 따른 시술시행 후에 지체 없이 구체적인 시술의 변경 사유 및 시술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 하겠습니다.

#### 6. 발생 가능한 합병증/후유증/부작용, 문제 발생시 조치사항

신경 생검은 감각신경의 일부를 떼어내기 때문에 근위약 등의 증상을 악화시킬 가능성은 거의 없습니다. 그러나 발생할 수 있는 부작용은

- 1) 감각소실: 감각신경의 일부를 절제하기 때문에 발의 일부분에 감각소실과 경우에 따라 이상감각이 느껴질 수 있습니다. 점차 호전되나 나중에도 감각소실과 이상감각이 남아 있을 수 있습니다.
- 2) 출혈: 피부, 피하조직과 근육을 일부 절개하는 시술이어서 소량의 출혈은 있을 수 있습니다. 지혈을 적절히 시행하나 일부에서 시술 후에 출혈이 지속되어 혈종이 생겨 봉합한 부위에 혈종을 제거하는 시술을 다시 하게 되는 경우도 있습니다. 일종의 수술이어서 극히 드물게 출혈이 지속 시 수혈 등의 조치가 있을 수도 있습니다.
- 3) 감염: 시술 후 감염을 막기 위해 항생제를 투여하나 확률적으로 일부에서 수술 부위의 감염을 피할 수 없어 항생제 주사를 맞을 수 있고, 매우 드물게 감염 조직을 제거하기 위한 수술을 시행할 수도 있습니다.
- 4) 흉터: 진단을 위해 어쩔 수 없이 시행하는 수술의 일종이기에 피부 흉터는 피할 수 없습니다. 드물게 체질에 따라 흉터가 크게 생기는 사람도 있습니다.
- 5) 위의 부작용이 생기는 경우에 의료진은 빠른 시간 내에 적절한 조치를 취하고 더 심각한 부작용을 막고자 최선의 노력을 기울이도록 노력하겠습니다.

#### 7. 시술 전후 환자가 준수하여야 할 사항

##### 1) 시술 전

근육 생검 전 최소 4시간 가량 금식을 유지하여 주시고, 출혈가능성이 있는 약제를 복용하는 경우에는 시술 전 주치의와 상의하여 필요 시 일정기간 중단하여 주십시오.

##### 2) 시술 후

시술 후 수일간 압박붕대 등을 이용하여 시술 부위를 압박하여 혈종의 형성을 예방하는 것이 필요하며, 수일간 항생제와 필요한 경우 진통제를 복용하게 됩니다. 2일 정도 조직 검사한 부위를 가능하면 움직이지 않도록 주의하시고, 2주정도는 무리한 운동이나 시술 부위에 과도한 힘이 가는 동작은 피하십시오. 시술 부위에 심한 통증이나 붓기가 발생할 경우 의료진에게 알려주십시오.



#### 8. 기타 추가설명

- 1) 본 시술과 관련된 사항은 추후 임상연구 데이터로 활용될 수 있습니다.
- 2) 시술 후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가 비용을 청구할 수 있습니다.



나는 다음의 사항을 확인하고 동의 합니다.

- ① 나(또는 환자)에 대한 시술의 목적·효과·과정·예상되는 합병증·후유증 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다. 또한 나는 설명 내용에 대해 의사에게 추가 질문을 할 수 있는 기회를 가졌으며 설명 후 시술에 동의하기까지 충분한 시간을 가졌음을 확인합니다.
- ② 이 시술로서 불가항력으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 ①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
- ③ 이 시술에 협력하고, 환자의 현재상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 시술을 하는 데에 동의합니다.
- ④ 시술방법의 변경 또는 시술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 시술의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑤ 주치의(시술의)의 변경가능성과 사유에 대한 설명을 이 시술의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.

민법 제5조에 따라 미성년자(19세미만)의 경우 법정 대리인(부모 또는 친권자)의 동의를 받아야 합니다.

환자와의 관계	<input type="text" value="본인"/>	환자(대리인 또는 보호자) 이름	<input type="text" value=""/>
주민등록증상의 생년월일	<input type="text" value="1958-03-01"/>	연락가능전화번호	<input type="text" value=""/>
설명 의사 이름	<input type="text" value=""/>	설명 의사 소속	<input type="text" value="내과"/>

작성일시 : 2019 년 09 월 17 일 15 시 18 분

환자(대리인 또는 보호자)서명

※ 환자 본인이 아닌 대리인 또는 보호자가 서명하게 된 사유

(대리인 또는 보호자가 서명한 경우 반드시 표기해야 함)

- ☐ 신체적 / 정신적 지장이 있어 내용에 대한 이해가 불가능할 것으로 판단되는 환자
- ☐ 미성숙하여 내용에 대한 충분한 이해가 불가능할 것으로 판단되는 미성년자
- ☐ 응급 상황
- ☐ 환자에게 심적 부담을 주어 건강 침해를 초래할 것으로 예상
- ☐ 환자가 긴급 또는 불가피한 의료 처치를 거부할 것이 예상
- ☐ 환자 본인이 본인의 치료에 대한 승낙 권한을 특정인에게 일임
- ☐ 기타

설명 의사서명

(서명)