감입조갑판제거수술에 대한 설명 및 동의서

환자의 이름 :
주민등록번호 :
주 소 :

진단명

가. 귀하의 현재 상태 : 조갑감입증, 조갑주위염증 등의 의심이 있습니다.

나. 조갑감입증의 증상 : 위 증상은 조갑이 측면의 조갑 추벽으로 과도하게 자라남으로써 발생하며 합병증으로 동통과 염증을 야기하며 진행되면 육아조직이 증식하게 됩니다. 이 증상들은 너무 꼭 끼는 신을 신거나 많이 걸을 때 발생하기 쉬운 작은 조갑주위염증이 원인되어 시작하며 점차 악화됩니다. 조갑이 측면으로 파고들수록 통증은 심해집니다.

다. 추가적인 검사의 필요성 : 귀하의 현재 증세는 단순한 조갑주위염과 발가락 뼈의 외골증이 의심되기도 합니다. 또한 귀하의 조갑주위에서 형성된 육아조직은 흔하지는 않지만 악성 흑색종 등의 피부암의 표현일 수 도 있습니다. 그러므로 이에 대한 확진을 위하여는 조직검사 또는 X-선 검사가 필요합니다.

진단명에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

귀하의 위 증세를 완화시키기 위한 방법

가. 수술명 : 감입 조갑판 제거술

나. 수술의 목적 : 조갑측면으로 감입된 조갑판을 제거하여 조갑의 원형유지와 이차적 부작용을 방지하고자 함입니다.

다. 수술의 방법
1) 수술적 방법으로 감입된 조갑판을 종으로 절제합니다.
2) 과도한 급성 염증이 있을 경우 일차적으로 항생제 치료를 먼저 시도하기도 합니다.

라. 귀하가 알아야할 치료경과는 다음과 같습니다.

1) 수술 전일 또는 당일 아침부터 항생제 복용이 필요합니다.

2) 수술 당일 아침에는 수술부위를 깨끗하게 비누로 닦아 내어야 합니다.

3) 수술 후 통증이 있으므로, 운동화와 같은 편안한 신발을 신고 병(의)원에 오는 것이 좋습니다. 또한 수술 후에는 통증이 하루 또는 이틀간 있으므로 되도록 누워서 지내는 것이 좋습니다.

4) 수술시 감입된 조갑판이 충분히 제거되지 않았거나, 추가적인 자극으로 이차적 염증이 있을 경우에는 재발될 가능성이 있습니다. 이 경우에는 시간이 충분히 경과한 후 2차 수술이 필요합니다.

증세를 완화시키기 위한 방법에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

시술 후의 후유증 내지 합병증

이차감염증, 육아조직 형성, 손(발)톱 모양의 기형 등이 발생되기도 합니다.

후유증에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

이 수술 이외의 치료방법

첫째, 내과적 치료 : 항생제 복용 또는 주사로 급성염증은 치료될 수 있으나, 이 방법만으로는 완치에 이를 수 없으므로 재발 가능성이 높습니다.

둘째, 조갑 상단의 연마술을 시행하여 일시적으로 통증을 경감시킬 수 있으나 이 또한 근원적인 치료가 될 수 없습니다.

대체 치료방법에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

치료를 하지 않는 경우

염증의 악화로 육아조직 형성 및 통증의 반복 과정을 밟게 될 수 있습니다.

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

귀하의 경우 현재 다음과 같은 특이 사항이 있습니다.

1) _____
2) _____

년 월 일

주치의사 : _____ (인)
면허번호 : _____

서약

본인은 위 조갑 감입증의 치료를 위한 조갑판 제거술의 방법과 시술에 따른 후유증과 합병증에 대하여 충분히 이해하였으므로, 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)