

〈Supplement〉

표준 침도 시술 동의서

등록번호		성명		성별/나이	
진료과/병동/담당의/주치의					
진단명					
시술 부위	<input type="checkbox"/> 머리 <input type="checkbox"/> 목 <input type="checkbox"/> 가슴 <input type="checkbox"/> 옆구리 <input type="checkbox"/> 배 <input type="checkbox"/> 등 <input type="checkbox"/> 허리 <input type="checkbox"/> 엉치뼈 <input type="checkbox"/> 꼬리뼈 <input type="checkbox"/> 엉덩이 <input type="checkbox"/> 어깨 <input type="checkbox"/> 위팔 <input type="checkbox"/> 팔꿈치 <input type="checkbox"/> 아래팔 <input type="checkbox"/> 손목 <input type="checkbox"/> 손 <input type="checkbox"/> 허벅지 <input type="checkbox"/> 무릎 <input type="checkbox"/> 오금 <input type="checkbox"/> 종아리 <input type="checkbox"/> 발목 <input type="checkbox"/> 발 <input type="checkbox"/> 회음				
참여 의료진	시술 한의사:				
시행 (예정)일	20 년 월 일				

1. 환자의 현재 상태

복용 약물 (와파린, 아스피린 등)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상	출혈소인(혈소판 장애, 비타민K 대사장애 등)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상
당뇨병	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상	침 치료 이상반응 경험 (어지러움, 실신 등)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상
알레르기(금속 등)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상	특이체질	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상
음주 여부	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상	과거병력 (질병, 상해, 수술력)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상
고혈압, 저혈압	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상	심장질환(심근경색 등)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상
호흡기질환 (기침, 가래 등)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상	신장질환(부종 등)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상
정신질환 (우울장애, 불안장애 등)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상	면역 저하자 (장기 이식, 항암 등)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상
기도 이상	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상	기타	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 미상

2. 목적 및 필요성

침도 시술은 한의학의 침술과 현대적인 수술요법을 결합한 치료법입니다. 침도 침은 침 끝을 작은 칼날 모양으로 특수 제작한 침으로, 이 침으로 근육·근막·힘줄·인대·관절 등에서 질병의 원인이 되는, 엉키거나 달라붙은 조직을 자르고 분리하거나 강하게 자극하여 고질적이고 만성적인 통증, 기능장애 및 기질적 병변을 치료합니다.

3. 효과

침도 시술은 일반적인 침 치료 효과 외에 다음과 같은 효과가 있습니다.

- 근육·근막·힘줄·인대·관절 등의 엉키거나 달라붙은 조직을 자르거나 분리하여 바로잡고, 섬유화, 골극, 결절종 등의 기질적 병변을 치료합니다.
- 염증 물질을 배출하고 재생 기전을 촉진하여 손상된 근육·근막·힘줄·인대·관절 등의 자가 회복을 유도합니다.
- 국소 부위의 과도한 긴장을 완화하여 혈액순환을 개선합니다.
- 신경 압박을 해소하여 신경 포착으로 발생하는 통증, 저림, 근력 저하 등의 증상을 개선합니다.

4. 과정, 방법, 부위 및 추정 소요시간

- 시술할 부위를 소독한 후, 시술 목적에 맞는 규격의 멸균된 1회용 침도 침으로 시술 하며, 시술 후에는 시술한 부위를 소독한 후 반창고를 붙이고 냉찜질을 하며 안정을 취하게 합니다. 시술하는 시간은 대략 한 부위당 약 5~20분 정도이며, 증상, 시술 부위, 침의 개수에 따라서 다릅니다.
- 시술 후 주의 사항을 듣고 귀가한 뒤, 일정 기간 후 내원하여 경과를 확인합니다.

5. 회복 과정에서 발생할 수 있는 증상과 합병증(후유증)의 내용, 정도 및 대처 방법

- 시술 후 환자에 따라 수일 안에 시술 부위나 전신에 통증이나 피로감이, 시술 부위에 출혈·혈종·멍·부종·발적 등이 나타날 수 있습니다. 그러나 이는 대부분 특별한 처치 없이 시간이 지나면 저절로 없어집니다. 만약 이 증상이 심할 경우에는 시술의와 상담하시기 바랍니다.
- 시술 후 매우 드물게 아래와 같은 증상이 나타날 수 있습니다. 이 경우 즉시 의료진에게 말씀하여 주시기 바랍니다.
 - 국소 감염, 신경 손상, 감각이상, 운동장애, 무력증 등
 - 오심, 구토, 두통, 어지러움, 호흡곤란, 쇼크, 실신 등

6. 시술 전 주의 사항

- 항혈전제(와파린, 아스피린 등)를 복용 중이거나 지혈 장애(혈소판 장애, 비타민K 대사장애 등)가 있는 경우 반드시 사전에 의료진에게 알려주시기 바랍니다.
- 시술 전 과로·과음·과도한 스트레스는 피하시고, 육체적·정신적으로 안정된 상태에서 시술을 받으셔야 합니다.

7. 시술 후 건강관리에 필요한 사항

- 시술 당일에는 목욕·사우나·찜질방·마사지·과격한 운동·음주·시술 부위 자극 등은 금하며, 시술 후 약 3일간은 시술 부위를 과도하게 움직이거나 사용하지 않으셔야 합니다.
- 시술 후 감염을 방지하기 위하여 붙인 반창고는 하루 정도 두었다가 뚫니다.
- 시술 후 시술 부위가 아프거나 붓고 열이 나면 그 부위에 냉찜질을 하면 좋습니다.

8. 침도 시술 외 시행 가능한 대안과 시술 미시행 시 결과

시술 외에 일반적인 한방치료(침치료·부항치료·뜸치료·물리치료 등)를 받으실 수 있으나 침도 시술을 받은 때와는 효과에 차이가 있을 수 있습니다.

9. 시술 방법의 변경이나 시술 범위의 추가 가능성

- 시술 과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 시술 방법이 변경되거나 시술 범위가 추가될 수 있습니다.
- 변경 사항이 발생한 경우, 환자 또는 대리인에게 구체적인 변경 사유를 설명하고 그 내용을 알립니다.

10. 시술의의 변경 가능성

- 시술 과정에서 환자의 상태나 의료기관의 사정(응급환자의 진료, 시술의의 질병과 출산 등) 일신상 사유, 기타 변경 사유:)에 따라 부득이하게 시술의가 변경될 수 있습니다.
- 이 경우 시술을 시행하기 전에 환자 또는 대리인에게 구체적인 변경 사유를 설명하고 **시술 동의서를 재작성**합니다.

★ 나는 다음의 사항을 확인하고 시술을 받는 데에 동의합니다.

- ① 내(또는 환자)에 대한 시술의 목적·효과·과정과 예상되는 합병증·후유증 등에 대한 설명 (필요시 별지 포함)을 의사에게 들었음을 확인합니다.
- ② 이 시술로 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 ①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
- ③ 이 시술에 협력하고, 이 동의서 '1. 환자의 현재 상태'에 대해 성실하게 알릴 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처치를 주치의의 판단에 위임하여 이 시술을 받는 데에 동의합니다.
- ④ 시술 방법의 변경이나 시술 범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 시술을 받기 전에 의사에게 들었음을 확인합니다.
- ⑤ 시술의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 시술을 받기 전에 의사에게 들었음을 확인합니다.

작성 일시: 20 년 월 일 시 분 (오전/오후)

<input type="checkbox"/> 환자	주민등록상의 생년월일:	성명:	(서명)
<input type="checkbox"/> 대리인	주민등록상의 생년월일:	성명:	(서명)

※ 대리인 서명 시 필수 입력 항목입니다.

[환자와의 관계:

]]

* 대리인이 서명하게 된 사유

- 환자가 신체적·정신적 장애로 약정 내용을 이해하지 못함
- 환자가 미성년자로서 약정 내용을 이해하지 못함
- 환자가 시술에 대해 아는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함
- 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함
(이 경우 별도의 위임 계약서를 이 동의서에 첨부하여야 합니다.)
- 기타: _____

작성 일시: 20 년 월 일 시 분 (오전/오후)

설명 한의사:

(서명)

- * 의료인은 이면지나 별지를 사용하여 시술에 대해 상세하게 설명할 수 있습니다.(이면지나 별지는 이 동의서에 첨부함)
- * 환자나 대리인은 이 동의서나 별지의 사본을 교부해달라고 요청할 수 있으며, 이 경우 지체 없이 교부해야 합니다. 단, 동의서나 별지 사본을 교부할 때 드는 비용은 환자나 대리인에게 청구할 수 있습니다.
- * 시술 시에는 정확하게 시술하기 위하여, 시술 전후에는 시술 전후의 부위 상태를 비교하기 위하여 특수 검사(초음파 유도 등)를 시행할 수 있으며, 이 경우 환자나 대리인에게 그 내용을 알립니다.

[별첨] 표준 침도 시술 동의서_시술 부위

시술 부위	<input type="checkbox"/> 두부(머리)	<input type="checkbox"/> 경향부(목)	<input type="checkbox"/> 흉부(가슴)	<input type="checkbox"/> 협부(옆구리)		
	<input type="checkbox"/> 복부(배)	<input type="checkbox"/> 배부(등)	<input type="checkbox"/> 요부(허리)	<input type="checkbox"/> 천미골부(엉치뼈 꼬리뼈)	<input type="checkbox"/> 골반부(엉덩이)	
	<input type="checkbox"/> 견부(어깨)	<input type="checkbox"/> 상완부(위팔)	<input type="checkbox"/> 주부(팔꿈치)	<input type="checkbox"/> 전완부(아래팔)	<input type="checkbox"/> 완부(손목)	<input type="checkbox"/> 수부(손)
	<input type="checkbox"/> 대퇴부(허벅지)	<input type="checkbox"/> 슬부(무릎)	<input type="checkbox"/> 오금부	<input type="checkbox"/> 하퇴부(종아리)	<input type="checkbox"/> 족과부(발목)	<input type="checkbox"/> 족부(발)
	<input type="checkbox"/> 회음부					

