

# 위내시경 동의서

## 검사 목적

위내시경 검사는 내시경을 이용하여 식도, 위, 십이지장을 관찰하여 염증, 궤양, 용종, 암 등의 질환을 진단하는 검사입니다.

## 주의사항

- 1) 검사 전 8시간 이상 금식합니다.
- 2) 특히 위장약은 금하며 당뇨병이 있으신 분은 검사 당일 아침에 당뇨약을 복용하지 마시고, 인슐린의 경우 담당의사와 상의한 후 검사 당일 아침부터 주사도 금합니다.
- 3) **혈압약은 검사 당일 검진 4시간 전 복용합니다.**
- 4) 검사 전 의치를 빼주십시오.

## 관련 합병증

내시경 검사 후 복통 및 복부 팽만감이 있으며, 드물지만 발열, 패혈증, 출혈, 천공, 호흡곤란, 저혈압, 부정맥, 쇼크 등이 발생할 수 있습니다.

해당사항에 V 체크하시기 바랍니다.

금식 여부	예	아니오
약물 및 음식 과민증 (항생제, 마취제, 수면제, 달걀, 콩, 아황산염, 설파제 등)	예	아니오
심혈관 질환 (협심증, 심근경색증, 부정맥)	예	아니오
신장 질환 (만성 사구체신염, 신부전)	예	아니오
간 질환 (만성 간염, 알콜성 간염, 간경변증)	예	아니오
호흡기 질환 (수면-무호흡증, 천식, 만성폐쇄성 폐질환, 심한 코골이, 감기)	예	아니오
전립선 비대증	예	아니오
녹내장	예	아니오
고혈압	예	아니오
당뇨병	예	아니오
갑상선 질환	예	아니오
항응고제 복용 (아스피린, 와파린-쿠마딘, 클로피도그렐-플라빅스)	예	아니오
턱 관절 이상 (부정교합, 입벌림 장애, 작은 턱)	예	아니오
목 이상 (경추 디스크, 류마티스 관절염 등)	예	아니오
알니 (흔들리는치아, 임플란트, 라미네이트, 브릿지, 크라운 등) 수면위내시경 도중 치아손상 가능성 있으며, 문제 발생시 이의제기 하지 않음. (서명 : )	예	아니오
틀니	예	아니오
임신 / 임신가능성 / 수유중	예	아니오

## 위 내시경 과거력

## 수술 병력 (복부수술 등)

검사 중 정확한 진단을 위하여 조직검사 및 추가 검사가 필요할 수 있으며 추가비용이 발생합니다.

위내시경 검사 중 이상소견 발견시 조직검사 또는 용종제거에 동의하시겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

상기 검사의 필요성, 내용, 예상 합병증 등에 대하여 설명을 들었으며, 불가항력적인 합병증이나 특이체질로 인한 우발적 사고에 대하여 충분히 이해하고, 검사를 신청합니다.

20    년            월            일

고객님 : (인)

고객님과의 관계 : 보호자(법정대리인) 서명 : (인)

## 수면내시경 동의서

### 검사목적

내시경을 이용하여 안전하고 편안하게 검사, 시술을 받을 수 있게 하기 위함입니다.  
진정치료를 함으로써 내시경 검사시 발생할 수 있는 환자의 불안감과 통증을 최소화시켜 안전한 협조를 얻을 수 있는 장점이 있습니다. 마취 상태가 아닌 환자분의 협조가 가능한 상태에서 검사를 받으시게 됩니다.

### 방 법

진정제 및 수면 유도제를 혈관으로 투여하여 각성 상태를 저하시키는 방법입니다.  
단, 이 방법은 마취가 아니므로 검사 중간에 수면에서 일찍 깨시거나 통증에 일부 반응할 수 있습니다.

### 주의사항

호흡기질환, 신장질환, 간질환, 심장질환이 있는 경우에는 주의를 요하며 시술 전 의료진에게 꼭 질환에 관하여 말씀 하셔야 합니다.  
흔들리는 치아나 틀니, 임시치아 등 치과치료 중이시면 일반내시경을 권합니다.

### 관련 합병증

대부분 안전하게 진정(수면)이 이루어지지만, 호흡곤란, 저산소증, 저혈압, 빈맥등의 합병증이 발생할 수 있습니다. 이외에도 어지러움증, 알레르기 반응, 약제투여에 따른 국소 혈관염, 오심과 구토가 일어날 수 있지만 적절한 조치 후 해결됩니다. 극히 드물지만 호흡이나 심장이 정지되어 기도 유지기 삽입 등 응급조치가 필요한 경우도 있습니다.

### 수면 후 유의사항

완벽한 회복을 위하여 검사당일은 가급적 안정을 취하십시오.  
당일은 **절대로 운전을 하실 수 없으며** 중요한 약속, 업무는 피해야 합니다.

※ 수면내시경의 경우 위와 같은 경우에는 삼가며 기타 본인의 의지에 의한 문제 발생시  
(자가운전시 발생하는 사고 포함) 본인이 책임져야 함을 상기시켜 드립니다.

상기 검사의 필요성, 내용, 예상합병증 등에 대하여 설명을 들었으며, 불가항력적인 합병증이나 특이체질로 인한 우발적 사고에 대하여 충분히 이해하고, 검사를 신청합니다.

20      년      월      일

고객님 : (인)

고객님과의 관계 : 보호자(법정대리인) 서명 : (인)



한국의료재단 | IFC  
Korea Medical Foundation | 종합검진센터

서울시 영등포구 여의도동 23 TwoIFC 4층~5층  
Tel : 1544-2992

건강한 사람 건강한 세상