© The State of Queensland (Queensland Health) 2021
Except as permitted under the *Copyright Act 1968*, no part of this work may be reproduced communicated or adapted without permission from Queensland Health
To request permission email: ip_officer@health.qld.gov.au

Queensland Government

Consent (Korean) - 동의

Child/Young Person (under 18 years) - 아동/청소년(18세 이하)

Facility: .....

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth: Sex: ☐ M ☐ F ☐ I

A. 환자가 인지 능력이 있습니까? 예

☐ 예 환자가 아동/청소년일지라도 환자는 고지에 입각한 동의 결정을 할 수 있으며, 그리고 충분한 성숙도, 이해력, 지능을 갖고 있음으로써 제안된 시술/치료/조사/진료의 특성, 결과와 위험성을 인지하고, 또한 비-치료 '길릭 능력'의 결과를 완전히 이해할 수도 있습니다. (길릭 대 웨스트 노폭과 위스벡 지역 보건당국 [1986]AC 112)

➔ **섹션 B로** 가십시오

☐ 아니오 부모/법적 대리인/친권과 책임이 있는 기타의 사람*이 동의서를 제출하고 이 양식을 작성합니다.

➔ **A**섹션을 완성하십시오.

*친권/보호권, 입양, 또는 기타 공식적으로 인지된 케어러/후견인 주선과 같은 공식적인 주선. 퀸즐랜드 보건부의 '보건 케어 시 고지에 입각한 의사결정 가이드'와 현지 정책 및 절차를 참고하십시오. 아래에 해당하는 경우 의사결정권의 출처를 완성하십시오.

해당하는 의사결정권의 출처 (하나만 선택):

☐ 법원 명령 ➔ ◯ 검증된 법원 명령

☐ 후견인 ➔ ◯ 검증된 서류 기타

☐ 사람* ➔ ◯ 검증된 서류 기타

환자/부모/법적 후견인/기타 사람*의 이름:

아동/청소년과의 관계:

B. 통역사가 필요합니까?

만일 그렇다면, 통역사는:

☐ 고지에 의한 동의서의 내용을 직접 즉석 통역해주어야 합니다

☐ 고지에 의한 동의서를 전화상으로 통역해 주어야 합니다

통역사 이름:

통역사 코드: 언어:

C. 환자/부모/법적 후견인/기타 사람*은 다음의

[시술 명]

시술 장소:

내밀한 신체부위에 관한 시술입니까?

☐ 예 (H 섹션의 2번 질문에 답하십시오) ☐ 아니오

호주 의학 위원회의 '의사-환자 사이의 성적 경계 가이드라인'을 참조하십시오.

D. [시술 명]을 받는 환자에게 있는 특정 위험요소

(의사/임상의는 환자 안내서에 포함되지 않은 추가적인 위험을 기록.):

E. [시술 명]을 받지 않는 환자에게 있는 특정 위험요소

(의사/임상의가 [시술 명]을 하지 않았을 경우에 따르는 특정 위험요소들을 기록)

F. 대체 치료 옵션들

(의사/임상의는 환자 안내서에 포함되지 않은 대체 가능한 처치 기록):

G. 의사/임상의를 위한 정보

이 동의서에 있는 정보가 의사/임상의와 환자/부모/법정 후견인/기타 사람과의 사이에서 이뤄지는 직접적인 의사소통을 대체하지는 않습니다.

나는 이 서식의 내용을 환자/부모/법정 후견인/기타 사람*에게 설명하였으며, 그 내용이 이해되었다고 생각합니다.

의사/임상의의 이름:

직함:

서명: 날짜:

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

CONSENT

v5.00 [Translated: 2022]
Clinical content review: 2018
Clinical check: 01/2021
Published: 01/2021
SW9401

Queensland Government

Consent (Korean) - 동의

Child/Young Person (under 18 years) -
아동/청소년(18세 이하)

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth: Sex: ☐ M ☐ F ☐ I

© The State of Queensland (Queensland Health) 2021
Except as permitted under the *Copyright Act 1968*, no part of this work may be reproduced communicated or adapted without permission from Queensland Health
To request permission email: ip_officer@health.qld.gov.au

H. 환자/의사결정 대리인 동의

본인은 의사/임상의가 다음을 설명하였음을 인정합니다:

- "[시술 명]" 환자 안내서
- 추가적인 처치의 가능성을 포함한 나의/아동의 의료 상태와 제안된 처치
- 시술에 따른 특정 위험 및 혜택
- 시술을 하지 않았을 경우의 예후, 그리고 위험성
- 대체 치료 옵션들
- 시술이 의학적 상태를 향상시킬 것이라는 보장은 없습니다.
- 시술 중 수혈이 수반될 수 있습니다
- 조직/혈액이 채취되어 진단/상태 관리에 사용될 수 있습니다
- 시술/처치/조사/진료 중에 긴급한 생명을 위협하는 상황이 발생하면, 임상시험 관리기준에 따라 그리고 나의/아동의 최선의 이익에 맞춰 의료 서비스가 제공될 것입니다.
- 고문의사/전문의가 아닌 의사/임상의가 임상적으로 적절한 시술/치료/조사/진료를 보조하거나 시행할 수 있습니다; 감독을 받으며 추가 교육훈련 중인 의사/임상의가 포함될 수 있습니다.
- 처치의 일부분으로서 녹화가 필요하지 않는 시술 중간에 의사/임상의가 비디오, 오디오나 이미지를 기록하고 싶을 때에 (예. 교육훈련 또는 연구 목적 등), 본인은 별도의 동의서에 서명하도록 요청 받을 것입니다. 만일 내가 부동의 한 경우에도, 이로 인하여 모든 방식의 의료 처치를 받을 수 있는 접근성, 결과 또는 권리에 불리하게 영향이 끼치지는 않습니다.

나는 질문을 할 수 있었고, 의사/임상의에게 우려를 제기할 수 있었습니다.

나는 이 서류에 서명한 이후를 포함하여, 언제라도 동의에 대한 나의 생각을 바꿀 수 있는 권리가 있다는 것을 알고 있습니다. (이것은 반드시 의사/임상의와 상의해야 합니다).

나는/부모/법적 후견인/기타 사람*은 다음의 동의서와 환자 안내서를 받았습니다:

☐ "[시술 명]"

☐ "여러분 자녀의 마취에 관하여"

☐ "신선 혈액과 수혈 제품들"

위의 진술에 기반하여,

1) 나는/부모/법적 후견인/기타 사람*은 [시술 명]을 받는 것에 동의합니다.

환자/부모/법적 후견인/기타 사람*의 이름:

서명: 날짜:

☐ 이 아동/청소년이 이 치료를 받는 것에 대해 내가 전적인 동의를 함에 있어, 그렇게 할 수 없도록 하는 어떠한 법적 혹은 기타의 사유를 알고 있지 않습니다. (만인 아동/청소년이 길릭 능력이 있고 이 서식에 서명했다면 해당 사항 없음.)

2) 전문 교육훈련 목적의 실습생 진료/시술:

교육훈련의 목적으로, 임상 실습생이 의료 진료나 시술을 참관할 수 있으며, 환자/부모/법적 후견인/기타 사람* 의 동의여부에 따라, 환자가 마취된 상태에서의 진료나 시술을 보조하거나 실시할 수도 있습니다.

나는/부모/법적 후견인/기타 사람*은 교육훈련중인 임상 실습생의 다음 활동에 대하여 동의합니다:

- 진료/시술 참관 ☐ 예 ☐ 아니오
- 진료/시술 보조 ☐ 예 ☐ 아니오
- 진료/시술 시행 ☐ 예 ☐ 아니오

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

환자/부모/법적 후견인/기타 사람*이 이 서식의 사본을 제공 받아서 자세히 읽고 시술에 대하여 질문할 수 있는 시간을 주어야 합니다. 동의서와 환자 안내서가 환자의 의료 기록에 포함되어야 합니다.

1. 시술은 무엇이며 시술을 통해 나는/환자는 어떻게 도움을 받습니까?

2. 위험한 것은 무엇입니까?

이 시술에 따르는 위험과 합병증이 있습니다. 또한 각 개인의 개별적 상태와 환경에 따른 특정한 위험이 있을 수 있습니다. 이러한 내용을 의사/임상의와 상의하고 서명하기 전에 그 내용들이 동의서에 기록되도록 확인해야 합니다. 위험은 다음과 같으며, 다만 이것에만 국한되지는 않습니다:

일반적인 위험과 합병증
(시술과 관련된 위험을 감수하십시오)

- 항생제와 추가적인 처치가 요구되는, 감염이 발생할 수 있음
- 출혈이 발생할 수 있고 수술실로 다시 와야 할 수 있음. 또한 출혈로 인한 수혈이 필요할 수도 있음.
- 일부 질병과 의약품은, 보조 의약품을 포함하여, 혈전에 영향을 미칠 수 있습니다. 통상적으로 영향을 받는 약품 목록은 이곳에 있습니다: www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner
- 폐의 작은 일부분이 허탈 될 수 있으며, 이로 인해 흉부 전염의 위험성이 상승됩니다. 이로

인해 항생제와 물리치료가 필요할 수 있습니다.
- 과체중인 사람 또는 흡연자들에게는 상처 감염, 흉부 전염, 심장 및 폐의 합병증, 다리와 폐에 혈전이 생길 위험성 증가.

(시술과 관련된 위험을 감수하십시오)

흔치 않은 위험과 합병증
(시술과 관련된 위험을 감수하십시오)

- 심장에 대한 부담으로 인해 심장마비 또는 뇌졸중이 발생할 수 있습니다
- 통증과 부기를 야기하는 다리에 발생한 혈전. 흔하지 않은 경우로, 혈전의 일부가 부서져서 폐로 갑니다.
- 이 시술로 인한 사망은 희박합니다.

마취

시술:

☐ 마취가 필요할 것입니다
☐ 마취가 필요할 수도 있습니다
☐ 마취가 필요할 수도 있습니다

마취 및 관련된 위험에 대한 추가 정보는 여러분에게 제공된 마취 안내서를 참조하십시오. 모든 우려 사항은 의사/임상의와 상의하십시오.

아직 마취 안내서를 받지 못했다면, 한 부 요청하십시오.

시술을 받지 않았을 때의 위험은 어떠한가요?

제안된 시술/처치/조사/진료를 받지 않기로 했을 경우 그에 따른 결과가 있을 수 있습니다. 이런 점들을 의사/임상의와 상의하십시오.

시술을 받지 않기로 결정한 경우, 여러분은 동의서에 서명하지 않아도 됩니다.

여러분이 동의서에 서명한 경우라도 여러분은 언제라도 시술/처치/조사/진료에 앞서 마음을 바꿀 수 있는 권리가 있습니다. 상의하려면 의사/임상의에게 연락하십시오.

3. 다른 대안이 있습니까?

환자/부모/법적 후견인/기타 사람이 가능한 옵션에 대해 이해하고 시술을 받기로 결정해야 합니다. 동의서에 서명하기 전에 의사/임상의에게 다른 대체 처치 옵션이 있는지를 상의하십시오.

4. 시술 후에는 어떻게 되나요?

여러분의 의료진이 시술 후 어떻게 될지 그리고 병원에서 퇴원한 후 어떤 일이 진행될 지에 대해서 여러분에게 이야기할 것입니다.

5. 누가 시술을 시행하나요?

고문 의사/전문의가 아닌 의사/임상의가 임상적으로 적절한 시술/처치/조사/진료를 보조하거나 시행할 수 있습니다.

이들 중에는 추가 교육훈련을 진행하는 의사/임상의가 포함될 수 있지만 모든 교육생들은 관련 직업 가이드라인에 맞춰 감독을 받습니다.

어느 의사/임상의가 시술을 시행할 지에 대하여 우려가 있다면 의사/임상의와 상의하십시오.

교육을 제공하는 병원에서 전문 교육훈련 목적으로, 임상 실습생이 의료 진료나 시술을 참관할 수 있으며, 여러분의 동의여부에 따라, 환자가 마취된 상태에서의 진료나 시술을 보조하거나 실시할 수도 있습니다.

여러분이 부동의 한 경우에도, 이로 인하여 여러분이 모든 방식의 의료 처치를 받을 수 있는 접근성, 결과 또는 권리에 불리하게 영향이 끼치지는 않습니다. 교육훈련 목적으로 임상 실습생 시행하는 진료나 시술에 대해 여러분이 동의해야 하는 의무는 없습니다.

6. 더 많은 정보나 지원을 어디서 찾을 수 있나요?

병원 치료: 전, 중간, 후에 관한 정보는 퀸즐랜드 보건부 웹사이트에 있으며, www.qld.gov.au/health/services/hospital-care/before-after 이곳에서 여러분의 보건복지 권리에 대하여 열람할 수 있습니다.

또한 피를 묽게 하는 약물에 관한 목록은 다음 웹사이트 www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner에서 볼 수 있습니다.

환자의 문화적인, 종교적인 필요를 지원할 수 있는 직원도 있습니다. 문화적인 혹은 종교적인 지원을 원하시면 의사/임상의와 상의해 주십시오.

호주 원주민과 토레스 해협 주민 환자들은 공유된 결정을 내리는 과정에 자신들의 문화가 포함하여 진행됐을 때 가장 좋은 의료 케어를 경험한다는 것을 퀸즐랜드 보건부는 인지하고 있습니다.

7. 질문들

이 환자 안내서에 대해 이해가 되지 않는 부분이 있거나, 여러분의/환자의 의료 상태, 처치 옵션들과 제안된 시술/처치/조사/진료에 관해서 의문점이 있다면 의사/임상의에게 물어보시기 바랍니다.

8. 연락주십시오

응급상황이라면, 000으로 전화하십시오.

응급상황은 아니지만, 걱정이 된다면 , 13 HEALTH (13 43 25 84)으로 연락하십시오, 24 시간, 주 7일 운영됩니다.

© The State of Queensland (Queensland Health) 2021. Except as permitted under the *Copyright Act 1968*, no part of this work may be reproduced communicated or adapted without permission from Queensland Health. To request permission email: [illegible]