



**Queensland  
Government**

**Consent (Korean) - 동의**

Adult (18 years and over) - 성인 (18세 또는 이상)

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 → B 섹션을 완성하세요.

아니오 → A 섹션을 완성하세요.

귀하는 반드시 사전 보건 지침(AHD)을 준수해야 하며, 또는 사전 보건 지침이 없을 경우, 다음 순서에 따라 의사결정권자 대리인으로부터 동의를 구해야 합니다:

제 1 항목: 심의회에서 임명한 후견인:

제 2 항목: 영구적 대리인

제 3 항목: 법정 보건 대리인

의사결정 대리인의 이름:

의사결정 대리인의 항목:

**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/의사결정 대리인은 다음의 절차를 요청합니다**

[시술 명]

내밀한 신체부위에 관한 시술입니까?

예 (H 섹션의 2번 질문에 답하십시오)  아니오

**D. [시술 명]을 받는 환자에게 있는 특정 위험요소**

(의사/임상의는 환자 안내서에 포함되지 않은 추가적인 위험들을 제공된 공간에 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):

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

CONSENT





### Consent (Korean) - 동의

Adult (18 years and over) - 성인 (18세 또는 이상)

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

#### G. 의사/임상의를 위한 정보

이 동의서에 있는 정보가 의사/임상의와 환자/의사결정 대리인과의 사이에서 이뤄지는 직접적인 의사소통을 대체하지는 않습니다.

나는 이 서식의 내용을 환자/의사결정 대리인에게 설명하였으며, 나는 이 설명이 이해되었다고 생각합니다.

의사/임상의의 이름:

직함:

서명:

날짜:

#### H. 환자/의사결정 대리인 동의

본인은 의사/임상의가 다음을 설명하였음을 인정합니다:

- “[시술 명]” 환자 안내서
- 추가적인 처치의 가능성을 포함한 의료적 상태 및 예정된 처치
- 시술에 따른 특정 위험성 및 장점
- 시술을 하지 않았을 경우의 예후, 그리고 위험성
- 대체 치료 옵션들
- 시술이 의학적 상태를 호전시킬 것이라는 보장은 없습니다.
- 시술 중 수혈이 수반될 수 있습니다
- 조직/혈액이 채취되어 진단/상태 관리에 사용될 수 있습니다
- 시술/치료/조사/진료 중에 생명을 위협하는 상황이 발생한다면, 나는 문서로 기록한 상의된 내용에 따라 치료받을 것입니다. (예. 사전 보건 지침(AHD) 혹은 긴급소생술 계획(ARP))
- 고문/의사/전문가가 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), 나는 별도의 동의서에 서명하도록 요청 받을 것입니다. 만일 내가 부동의했다 하더라도, 이로 인하여 모든 방식의 의료 처치를 받을 수 있는 접근성, 결과 또는 권리에 불리하게 영향이 끼치지 않는 것입니다.

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/의사결정 대리인은 다음의 동의서와 환자 안내서를 받았습니다:

“[시술 명]”

“여러분의 마취에 관하여”

“신선 혈액과 수혈 제품들”

위의 진술에 기반하여,

1) 나는/의사결정 대리인은 [시술 명]을 하는 것에 동의합니다.

환자/의사결정 대리인의 이름:

서명:

날짜:

2) 전문 교육훈련 목적의 실습생 진료/시술

교육훈련 목적으로 임상 실습생은 의료 검진이나 시술을 참관할 수 있으며 또한, 환자/의사결정 대리인의 동의 여부에 따라, 마취중인 환자의 진료나 시술을 돕거나 시행할 수 있습니다.

나는/의사결정 대리인은 교육훈련중인 임상 실습생의 다음 활동에 대하여 동의합니다:

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

# Consent (Korean) - 동의

Adult (18 years and over) | Informed consent: patient information -  
성인 (18세 또는 이상) | 고지에 의한 동의: 환자 정보

환자/의사결정 대리인이 이 서식의 사본을 제공 받아서 자세히 읽고 시술에 대하여 모든 질문을 할 수 있도록 시간이 주어져야 합니다. 동의서와 환자 안내서가 환자의 의료 기록에 포함되어야 합니다.



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



## 2. 어떠한 위험성이 있습니까?

이 시술에 따르는 위험과 합병증이 있습니다. 또한 각 개인의 개별적 상태와 환경에 따른 특정한 위험이 있을 수 있습니다. 이러한 내용을 의사/임상과의 상의하고 서명하기 전에 그 내용들이 동의서에 기록되도록 확인해야 합니다. 위험은 아래와 같지만 아래 사항에 국한되지 않습니다:

### 일반적인 위험과 합병증

(시술과 관련된 위험을 감수하십시오)

- 항생제와 추가적인 처치가 요구되는, 감염이 발생할 수 있습니다
- 출혈이 발생할 수 있고 수술실로 다시 와야 할 수 있음. 또한 출혈로 인한 수혈이 필요할 수도 있습니다.
- 여러분이 피를 묽게 하는 약물을 복용하고 있었다면, 출혈은 더 흔한 일입니다. 이들 약물의 예로는 와파린, 아스피린, 클로피도그렐(피아빅스, 이스코버, 코플라빅스), 프라슈그렐(에피엔트), 다이피리다몰(페르산틴 또는 아사산틴), 티카그렐로(브릴린타), 아피사반(에이키스), 다비가트렌(프라닥사), 라이바록세이반(샤렐토) 또는 생선 오일과 강황과 같은 대체/보조

의약품 등이 있습니다.

- 폐의 작은 일부분이 허탈될 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.

### 흔하지 않은 위험과 합병증

(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 요구되지 않습니다

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

아직 마취 안내서를 받지 못했다면, 한 부 요청하십시오.

## 시술을 받지 않았을 때의 위험은 어떤 것이 있습니까?

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

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

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



## 3. 다른 대안이 있습니까?

환자/의사결정 대리인이 가능한 옵션에 대해 이해하고 어떤 시술을 받기로 결정해야 합니다. 동의서에 서명하기 전에 의사/임상외과에게 다른 대체 처치 옵션이 있는지를 상의하십시오.



## 4. 시술 후에는 어떻게 되나요?

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



## 5. 누가 시술을 시행하나요?

고문 의사/전문의가 아닌 의사/임상외과 의료적으로 적절한 시술/처치/조사/진료를 보조하거나 시행할 수 있습니다.

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

어느 의사/임상외과가 시술을 시행할지에 대하여 우려가 있다면 의사/임상외과와 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 끼치지 않습니다. 임상 실습생에 의해 교육훈련 목적으로 시행되는 진료나 시술에 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](http://www.qld.gov.au/health/services/hospital-care/before-after) 이곳에서 여러분의 보건 권리에 대하여 열람할 수 있습니다.

또한 피를 묽게 하는 약물에 관한 목록은 다음 웹사이트 [www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner](http://www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner)에서 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. 질문

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.