



인구 통계 정보	환자 정보: 양식 작성과 관련하여 도움이 필요하신가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 기타: _____ 선호하는 대명사: <input type="checkbox"/> 그녀 <input type="checkbox"/> 그 <input type="checkbox"/> 그들
	선호 언어: <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 기타: _____
	사회 보장 번호: _____ 혼인 여부: _____ 인증: _____
	전화번호: _____ 이메일: _____
	세부적인 음성 메시지를 남겨도 될까요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 세부적인 문자 메시지를 남겨도 될까요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	주치의: (이름) _____ (전화번호) _____
	담당 의사: (이름) _____ (전화번호) _____
	선호 약국: (이름) _____ (전화번호) _____
	심장 전문의가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 심장병 전문의 이름: _____ (전화번호) _____
비상연락망: (이름) _____ (전화번호) _____ (관계) _____	
보조원이 상주하는 시설에 거주하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 시설명: _____	
(도시) _____ (주) _____ 존엄사 희망 유언장 (Living Will)이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
고용	고용주: _____ 직업 _____
	전화번호 _____ (주소) _____
	(도시) _____ (주) _____ (우편번호) _____
개인정보 보호 정책 공지	
건강 정보 공개에 대한 허가	본인은 본인이 개인정보 보호 권리에 대해서 인식하도록 하기 위하여 건강 정보 관련 법률(Health Insurance Portability Act: HIPAA)에서 요구하는 대로 개인정보 보호 정책의 사본을 제공받았습니다. <input type="checkbox"/> 여기에 이니셜 기재
	환자 이름: _____ 생일: _____ 전화번호: _____
	본인은 Advanced Urology에서 본인의 건강 정보를 아래에 나열된 다음의 개인/조직에 공개하도록 허가합니다.
	이름: _____ 이름: _____
	관계: _____ 전화번호: _____ 관계: _____ 전화번호: _____
	본 문서에 서명함으로써 본인은 다음을 인정합니다.
<ul style="list-style-type: none"> ● 본인은 본인의 의료 기록을 공개하기 위하여 본 허가서를 검토하였으며 이 내용이 올바름을 확인합니다. ● 본인은 취소되지 않는 한 본 허가서가 일(1)년의 기간 동안 효력을 유지할 것임을 이해합니다. ● 본인은 언제든지 Advanced Urology, ATTN: MedicalRecords 1561 Janmar Rd., Snellville, GA 30078에 서면을 전송하여 본 허가를 취소할 수 있습니다. ● 본 취소는 공지 수령 시에 효력이 발생할 것입니다. 	
환자 서명 (혹은 후견인 서명) _____ 날짜 _____	



이니셜을 기재하시고 진료, 개인정보 보호 정책 공지, 의료 정보 공개에 대한 허가 및 결제 정책에 대한 인정 및 동의에 대해 서명하십시오.

저희 Advanced Urology를 선택해주셔서 감사합니다. 저희는 귀하에게 합리적인 가격으로 양질의 의료 서비스를 제공하기 위하여 헌신하고 있습니다. 반드시 당사 결제 정책을 신중하게 읽어주십시오. 요청 시 사본을 제공해드리겠습니다.

결제 정책

- **보험**. 저희는 메디케어(Medicare)를 비롯한 대부분의 보험 상품에 참여하고 있습니다. 본인의 보험 혜택을 아는 것은 본인 책임입니다. 보험 보상 범위와 관련하여 가질 수 있는 문의 사항은 보험 회사에 문의하시길 바랍니다.
- **코페이먼트(Co-payments) 및 본인 부담금**. 모든 코페이먼트(co-payment) 및 본인 부담금은 진료 시에 지불되어야 합니다. 본 합의는 귀하의 보험 회사와의 계약의 일부입니다. 귀하의 계좌가 미수금 처리 대행 회사로 넘어가면 100달러의 미수금 처리 수수료가 일체의 미불 잔액으로 추가될 것입니다.
- **지불되지 않은 진료**. 귀하가 받는 진료 중 일부는 보험 처리되지 않거나 메디케어 혹은 기타 보험회사에 의해 합리적이거나 필수적인 것으로 여겨지지 않을 수 있음을 유의하십시오. 귀하는 방문 시 이러한 진료에 대해 전액 지불해야 합니다.
- **보험 가입 증명서**. 모든 환자들은 의사 진료 예약 이전에 저희 환자 정보를 작성하셔야 합니다. 저희는 귀하의 운전면허증 사본과 보험을 가입했다는 증명을 제공하기 위해 현재 유효한 보험을 제공받아야 합니다. 시기적절한 방식으로 당사에 올바른 보험 정보를 제공하지 못할 경우 귀하는 청구 잔액에 대한 책임을 질 수 있습니다.
- **보험금 청구서 제출**. 당사는 보험금 청구서를 제출하고 귀하가 보험금을 받을 수 있도록 도와주기 위해 할 수 있는 어떠한 방식으로든지 도와줄 것입니다. 지불되지 않은 잔액 일체는 귀하의 책임임을 유의하십시오.
- **보상 범위 변경**. 보험이 변경될 경우 당사가 귀하로 하여금 최대의 혜택을 받을 수 있게 하기 위해 적절한 변경을 적용할 수 있도록 귀하의 다음 방문 이전에 당사에 알려주십시오.
- **미불**. 귀하의 계좌가 90일 기한이 지난 경우, 귀하는 계좌에 돈을 지급하기까지 20일이 남았음을 언급하는 편지를 수신하게 될 것입니다. 잔액이 미불된 상태로 남아 있을 경우 당사는 귀하의 계좌를 미수금 처리 대행 회사로 회부할 수 있습니다.

_____ 여기에 이니셜 기재

진료에 대한 동의

본인은 다음 내용을 검토하였으며 이에 동의합니다.

- 본인은 자발적으로 치료에 참여하고 본인의 제공업체에서 본인을 진료하는 것에 동의합니다. 이러한 진료는 진단 절차, 혈액 채취, 실험실 실험, 투약 관리, 및 본인의 진단, 치료, 진료 과정에 권고되는 것으로 간주되는 기타 절차를 제한 없이 포함할 수 있습니다.
- 본인은 본인의 치료가 특정 질병을 위한 것으로 의도되며 주치의를 대체하는 것으로 의도되지 않고 Advanced Urology에서의 치료 혹은 검사의 결과에 대한 어떠한 보장도 제공될 수 없거나 제공된 적이 없음을 인정합니다.
- 직원이 주사 바늘을 잘못 찔러서 생긴 상처를 내거나 혈액 혹은 체액에 달리 노출될 경우 HIV 혹은 C형 간염 및 B형 간염에 대한 검사를 받을 것에 동의합니다.

_____ 여기에 이니셜 기재

서명

아래에 서명함으로써 본인은 Advanced Urology의 결제 정책을 검토하였으며 의학적 치료에 동의함을 인정합니다.

서명자의 이름(정자체): _____ 환자와의 관계: _____

환자(혹은 후견인) 서명

날짜



보호된 건강 정보 취득에 대한 허가

환자 이름(성) _____ (이름) _____ (MI) _____ (특정 이름 접미사) _____

생일: _____ / _____ / _____

전화번호: _____

본인은 Advanced Urology에서 본인의 건강 정보를 취득하고 명명된 시설에서 Advanced Urology에 본인의 건강 정보를 공개할 것을 승인합니다.

이러한 공개는 다음에 적용됩니다.

본인의 모든 건강관리 정보

다음 진료, 질환 혹은 날짜와 관련된 건강관리 정보

기타

사무실 이용 전용

시설: (이름) _____

주소: _____

전화번호: _____

(팩스) _____

환자 서명(혹은 후견인)

날짜

서명자 이름(정자체)

환자와의 관계



환자	이름: _____ 생년월일: _____						
	오늘 방문 이유를 기재하여 주십시오: _____						
알레르기	알려진 알레르기가 있으십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 라텍스 <input type="checkbox"/> 반창고/접착제 <input type="checkbox"/> 요오드						
	• 모든 약물 알레르기를 기재하십시오.						
	약물명	약물에 대한 반응					
현재	• IVP 소영세에 알레르기가 있으십니까? _____						
	• 일반 약물, 피임약, 비타민, 약초 및 처방약 등의 모든 현재 투약중인 약물을 기재하십시오.						
	약물명 & 복용량	약물명 & 복용량					
과거 병력	• 현재 혹은 이전 질병을 모두 기재하십시오						
	• 연도를 포함하여 수술을 모두 기재하십시오						
가족력	암 가족력이 있으십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요						
	관계: _____ 유형: _____	다음에 답변해주십시오.					
	관계: _____ 유형: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">어머니</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">아버지</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 생존 <input type="checkbox"/> 사망</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 생존 <input type="checkbox"/> 사망</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 사망 원인:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 사망 원인:</td> </tr> </table>	어머니	아버지	<input type="checkbox"/> 생존 <input type="checkbox"/> 사망	<input type="checkbox"/> 생존 <input type="checkbox"/> 사망	<input type="checkbox"/> 사망 원인:
어머니	아버지						
<input type="checkbox"/> 생존 <input type="checkbox"/> 사망	<input type="checkbox"/> 생존 <input type="checkbox"/> 사망						
<input type="checkbox"/> 사망 원인:	<input type="checkbox"/> 사망 원인:						
사회 생활력	흡연 여부						
	• 흡연하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 (얼마나 오랫동안 흡연하셨습니까?) _____ (얼마나 피우십니까?) 갑/일: _____						
	• 이전에 흡연하셨습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 (금연일은 언제입니까?) _____						
	음주						
• 음주하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 (유형) <input type="checkbox"/> 맥주 <input type="checkbox"/> 와인 <input type="checkbox"/> 리큐어							
얼마나 음주하십니까?_주량 <input type="checkbox"/> 1일 <input type="checkbox"/> 1주일 <input type="checkbox"/> 1달 (마지막으로 음주한 날) __/__/__							
약물 사용 일상적으로 어떠한 불법 약물이라도 이용하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요							



이름:	생년월일:	오늘 날짜:
-----	-------	--------

다음 질문은 방광과 비뇨기 기능에 대해서 질문합니다. 최선을 다해 모든 질문을 검토하시고 답변해주십시오.				
보통 다음 중 어느 것이라도 경험하십니까? 그렇다면 얼마나 방해가 됩니까? (모든 해당 항목 동그라미)	그렇다면 얼마나 방해가 됩니까?			
	전혀 아님	다소	중간	상당함
1. 잦은 배뇨	0	1	2	3
2. 적은 양의 요실 (몇 방울씩)	0	1	2	3
3. 급하게 소변을 보고 싶은 느낌과 관련한 요실, 즉, 화장실에 가야 하는 느낌이 강하게 드는 경우	0	1	2	3
4. 신체 활동과 관련된 요실(기침, 재채기 혹은 웃음)	0	1	2	3
5. 소변보기 어려움	0	1	2	3
6. 아랫배 혹은 생식기 부위의 통증 혹은 불편	0	1	2	3
실금이 다음에 영향을 주었습니까? (모든 해당 항목 동그라미 표시)	전혀 아님	약간	중간	상당함
1. 가사일(요리, 청소, 세탁)을 할 수 있습니까?	0	1	2	3
2. 걷기, 수영 혹은 다른 운동과 같은 신체적인 오락을 즐길 수 있습니까?	0	1	2	3
3. 오락 활동 (영화, 콘서트 등)을 할 수 있습니까?	0	1	2	3
4. 차나 버스를 타고 집에서 30분 이상 이동할 수 있습니까?	0	1	2	3
5. 집 밖에서 사회 활동에 참여할 수 있습니까?	0	1	2	3
6. 정신 건강은 어떠십니까(불안, 우울 등)?	0	1	2	3
7. 좌절감을 느낍니까?	0	1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> 위의 문제 중 어느 하나라도 "예"라고 표시하셨다면 얼마나 오랫동안 겪고 있습니까? <input type="checkbox"/> 1년 미만 <input type="checkbox"/> 약 1년 <input type="checkbox"/> 약 2년 <input type="checkbox"/> 3~5년 <input type="checkbox"/> 5년 이상 				



• 평균적으로 하루에 몇 번 소변을 보니까(깨어 있는 시간)? _____

• 평균적으로 밤에 몇 번 소변을 보니까(잠자는 시간)? _____

• 소변이 샌다면 얼마나 자주 이런 증상을 보입니까?

┌ 매일 ┌1주일에 몇 번 ┌1달에 몇 번 ┌1달에 1번 미만 ┌전혀 아님

▪ 오줌이 새면 그 시점에 얼마나 오줌이 샐니까? ┌몇 방울 ┌작은 얼룩 ┌그 이상

▪ 요실금으로 인해 좌절감을 느끼신 적이 있으십니까? ┌전혀 없음 ┌약간 ┌중간 ┌상당히

▪ 잠자는 중에 요실금을 겪은 적이 있으십니까? ┌예 ┌아니요

▪ 무의식 중에 요실금을 겪은 적이 있으십니까? ┌예 ┌아니요

• 어떤 행동이 요실금을 일으킵니까? (해당 항목 모두 체크)

┌기침 ┌웃음 ┌재채기 ┌운동 ┌성관계

┌자세 바꾸기 ┌긴급한 일 ┌기타: _____



• 소변 줄기와 관련하여 다음 중 어느 것이라도 알아챈 적이 있습니까? (모든 해당 항목 체크 표시)

- 느리게 시작(배뇨 지연) 약한 소변 줄기 느린 소변 줄기 간헐적인 소변 줄기
- 소변 줄기가 끝난 이후에 똑똑 흐름 이단 배뇨

• 소변을 보는 데 도움을 받기 위해 다음 중 어느 것이라도 필요하십니까? (해당 항목 모두 체크)

- 힘주기 아랫배 누르기
- 자세 바꾸기 카테터 이용

• 작년에 소변 배양 검사 양성으로 요로 감염증(UTI)을 겪은 적이 있습니까? 예 아니요

▪ 그렇다면, 작년에 약 몇 회 겪으셨습니까? _____

▪ 가장 최근 날짜는 언제입니까? _____

▪ 오늘도 겪을 수 있다고 생각하십니까? 예 아니요

• 혈뇨가 발생하는 것을 알아채셨습니까? 예 아니요

• 배뇨 시 일체의 작열감 혹은 통증을 느끼십니까? 예 아니요

• 소변이 꽉 찬 상태의 방광과 관련된 통증을 느껴보신 적이 있으십니까? 예 아니요

• 방광 관련 약물을 이용해보셨습니까? (모든 해당 항목 체크)

- 데트롤(Detrol)/톨테로딘(Tolterodine) 디트로판(Ditropan)/옥시부티닌(Oxybutynin) 베시케어(Vesicare)/솔리페나신(Solifenacin) 생크츄라(Sanctura)/트로스피움(Trospium)
- 토비아즈(Toviaz)/페소테로딘(Fesoterodine) 에나블렉스(Enablex)/다리페나신(Darifenacin) 미르베트릭(Myrbetriq)/미라베그론(Mirabegron) 카두라(Cardura)/플로맥스(Floxmax)
- 엘미론(Elmiron)/PPS 메테나민(Methenamine)/히프렉스(Hipprex) 디만노스(D-Mannose) 항생제

• 상기 약물에서 어떠한 부작용이라도 겪은 적이 있습니까? (모든 해당 항목 체크)

- 구강 건조 안구 건조 변비 폐뇨
- 배뇨 손상 기타

• 다음의 의학적 문제 중 어느 하나라고 겪고 있습니까?

- 녹내장 위마비/위장 장애 치매
- 고혈압 중증 근무력증 QT 간격 연장

• 다음 중 어느 것이라도 방광과 관련하여 받은 치료/수술이 있습니까?

- 슬링/괄약근 요도 팽창 방광 보톡스 PTNS PNE/인터스팀(Interstim) 방광 팽창
- 골반 저 물리 요법 기타 _____



이름:	생일:	오늘 날짜:
-----	-----	--------

다음 질문은 장 기능에 대해서 질문합니다.
최선을 다해 모든 질문을 검토하시고 답변해주세요.

다음 중 어느 것이라도 주로 경험하십니까? (모든 해당 항목 체크 표시)

<input type="checkbox"/> 배변하기 위하여 심하게 힘줘야 함	그렇다면 이것이 귀하에게 얼마나 방해가 됩니까? <input type="checkbox"/> 전혀 아님 <input type="checkbox"/> 다소 <input type="checkbox"/> 중간 <input type="checkbox"/> 상당함
<input type="checkbox"/> 배변을 마칠 때 썸 완전히 배변하지 못한 느낌	그렇다면 이것이 귀하에게 얼마나 방해가 됩니까? <input type="checkbox"/> 전혀 아님 <input type="checkbox"/> 다소 <input type="checkbox"/> 중간 <input type="checkbox"/> 상당함
<input type="checkbox"/> 대변의 모양이 잘 형성되었을 경우 본인의 통제를 벗어난 대변 손실	그렇다면 이것이 귀하에게 얼마나 방해가 됩니까? <input type="checkbox"/> 전혀 아님 <input type="checkbox"/> 다소 <input type="checkbox"/> 중간 <input type="checkbox"/> 상당함
<input type="checkbox"/> 대변이 묽을 경우 본인의 통제를 벗어난 배변 손실	그렇다면 이것이 귀하에게 얼마나 방해가 됩니까? <input type="checkbox"/> 전혀 아님 <input type="checkbox"/> 다소 <input type="checkbox"/> 중간 <input type="checkbox"/> 상당함
<input type="checkbox"/> 본인의 통제를 벗어난 직장에서 나오는 가스 손실	그렇다면 이것이 귀하에게 얼마나 방해가 됩니까? <input type="checkbox"/> 전혀 아님 <input type="checkbox"/> 다소 <input type="checkbox"/> 중간 <input type="checkbox"/> 상당함
<input type="checkbox"/> 대변이 지날 때의 통증	그렇다면 이것이 귀하에게 얼마나 방해가 됩니까? <input type="checkbox"/> 전혀 아님 <input type="checkbox"/> 다소 <input type="checkbox"/> 중간 <input type="checkbox"/> 상당함
<input type="checkbox"/> 배변을 위해 화장실로 갑자기 뛰어 가야 하는 강한 느낌	그렇다면 이것이 귀하에게 얼마나 방해가 됩니까? <input type="checkbox"/> 전혀 아님 <input type="checkbox"/> 다소 <input type="checkbox"/> 중간 <input type="checkbox"/> 상당함
<input type="checkbox"/> 배변 운동 도중 혹은 이후 직장을 지나고 튀어나오는 배변의 일부	그렇다면 이것이 귀하에게 얼마나 방해가 됩니까? <input type="checkbox"/> 전혀 아님 <input type="checkbox"/> 다소 <input type="checkbox"/> 중간 <input type="checkbox"/> 상당함

• 대변 및/혹은 가스가 쉼 경우 얼마나 자주 이런 일이 있습니까?
 매일 1주일에 몇 번 1달에 몇 번 몇 달에 한 번

• 변실금용 패드 혹은 라이너를 이용하십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
• 변비가 있으십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
• 그냥 넘기기 힘든 된 변을 보십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
• 평균적으로 1주일에 몇 번 배변하십니까?	_____	
• 설사를 합니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요



• 다음의 배변 관련 약물 중 어느 것이라도 이용해보셨습니까? (모든 해당 항목 체크)

- 섬유 보충제 대변 연화제 완하제 관장 린제스(Linzess)/리나클로타이드(Linaclotide)
- 프루닥(Prudac)/프루칼로프라이드(Prucalopride) 자이팍산(Xifaxin)/리팍시민(Rifaximin)
- 비버지(Viberzi)/엘룩사돌린(Eluxadoline) 로모틸(Lomotil)
- 이모디엄(Imodium) 기타 _____

• 다음의 변실금 치료 중 어느 것이라도 받은 적이 있으십니까? (모든 해당 항목 체크)

- 괄약근 성형술 PNE/인터스팀(Interstim) PTNS Solesta 주입 보톡스
- 인공 조임근 TOPAS 항문 괄약근 팽창 골반 저 물리 요법

• 마지막으로 결장경 검사를 받은 게 언제입니까? _____

- 정상 비정상 [소견 _____]

• 다음 중 어느 것이라도 가족력이 있으십니까? (모든 해당 항목 체크)

- 치질 항문 열상 치루 염증성 장질환
- 결장암 직장탈출증 IBS 느린 위장관 운동 소아 지방변증
- 히르쉬스프룽병 기타 _____

귀하를 가장 잘 설명하는 응답을 동그라미 표시하십시오. 귀하의 제공업체는 본 양식을 이용하여 귀하의 증상을 평가할 것이며 귀하와 함께 점수에 대해 논의할 것입니다.

SHIM		이름: _____				
지난 6개월 간	매우 낮음	낮음	중간	높음	매우 높음	
발기하고 발기를 유지하는 것에 대한 자신감을 어떻게 평가하시겠습니까?	1	2	3	4	5	
지난 6개월 간	거의 전혀 혹은 전혀 아님	몇 번	가끔	대체로	거의 항상 혹은 항상	
성적 자극을 받아 발기했을 때 얼마나 자주 파트너에 삽입할 수 있을 정도로 발기가 됩니까?	1	2	3	4	5	
지난 6개월 간	거의 전혀 혹은 전혀 아님	몇 번	가끔	대체로	거의 항상 혹은 항상	
성교 도중에 파트너에게 삽입한 이후에 얼마나 자주 발기를 유지할 수 있습니까?	1	2	3	4	5	
지난 6개월 간	극도로 어려움	매우 어려움	어려움	약간 어려움	어렵지 않음	
성교 도중에 성교 완료까지 발기를 유지하는 것이 얼마나 어렵습니까?	1	2	3	4	5	
지난 6개월 간	거의 전혀 혹은 전혀 아님	몇 번	가끔	대체로	거의 항상 혹은 항상	
성교를 시도했을 때 얼마나 자주 귀하에게 만족스러웠습니까?	1	2	3	4	5	

총점: _____

1-7 중증 ED

8-11 중등증 ED

12-16: 경증-중등증 ED

17-21: 경증 ED

22-25: ED 없음

SHIM 부속 항목					
1. 성행위 혹은 오르가즘으로 요실금을 겪으셨습니까?			<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	
	절대 혹은 거의 절대 아님 [0%]	절반 미만 [25%]	약 절반 [50%]	절반 이상 [75%]	항상 혹은 거의 항상 [100%]
2. 본인이 원하기 전에 사정합니까?	0	1	2	3	4
3. 아주 적은 자극에 사정합니까?	0	1	2	3	4
4. 발기 도중에 음경에 구부러짐 혹은 비정상적인 형태를 알아채셨습니까?			<input type="checkbox"/> 예		<input type="checkbox"/> 아니요
5. 이것이 귀하 혹은 귀하의 파트너의 성관계에 부정적인 영향을 미치는 음경 기형입니까?			<input type="checkbox"/> 예		<input type="checkbox"/> 아니요

다수의 만 40세 이상 남성은 전립선 비대증을 앓고 있습니다. 이는 비암종 전립선 비대증입니다. 귀하의 제공업체는 이 양식을 이용하여 귀하의 증상을 평가하고 귀하와 점수를 논의할 것입니다.

AUA 및 BPH 증상 점수	이름:					
지침- 지난 몇 달 동안을 생각했을 때 다음을 가장 잘 설명하는 것을 확인하십시오. 그 후에 모든 확인된 횟수를 추가하여 총점을 구하십시오.	전혀 아님	1-5회 미만	절반 미만	대략 절반	절반 이상	거의 항상
1. 불완전한 배뇨- 지난달 동안 얼마나 자주 배뇨를 마친 후에 방광을 완전히 비우지 못한 느낌을 받으셨습니까?	0	1	2	3	4	5
빈도- 지난달 동안 얼마나 자주 배뇨를 마치고 2시간 내로 다시 소변을 봐야 했습니까?	0	1	2	3	4	5
간헐도- 지난달 동안 얼마나 자주 배뇨 중에 멈추고 다시 배뇨하는 걸 몇 번 반복하는 일이 있었습니까?	0	1	2	3	4	5
소변이 마려운 충동- 지난달 동안 얼마나 자주 소변 참는 것을 어렵게 느꼈습니까?	0	1	2	3	4	5
약한 소변줄기- 지난달 동안 얼마나 자주 약한 소변 줄기로 배뇨하셨습니까?	0	1	2	3	4	5
압박- 지난달 동안 얼마나 자주 배뇨를 시작하기 위해 누르거나 압박해야 했습니까?	0	1	2	3	4	5
야간 배뇨- 지난달 동안 몇 회 정도 잠자리에 든 후에 밤에 배뇨하기 위해 일어났습니까?	0	1	2	3	4	5
증상 점수: 1-7 경증, 8-19 중등증, 20-35 중증				총점:		

배뇨 증상으로 인한 성가심 점수						
본인의 기분을 가장 잘 설명하는 항목을 확인함으로써 배뇨 증상의 성가심 수준을 평가하십시오.	아주 기쁨	기쁨	대체로 만족	반반	대체로 불만족	형편 없음
지금 현재 비뇨기 상태로 나머지 인생을 사는 것에 대해 어떻게 느끼십니까?	0	1	2	3	4	5

최소 침습 수술 개입에 관심 있으십니까?] 예] 아니요
------------------------	-----	-------

환자 이름 (성) _____ (이름) _____ (MI) _____ (특정 이름 접미사) _____

생일: _____ / _____ / _____ 전화번호: _____

귀하는 잠재적으로 통증 단기 치료의 수술 이후 오피오이드/진통제 요법을 받을 수 있습니다. 귀하가 이러한 약물이 매우 유용하지만 남용할 잠재성이 있으므로 면밀하게 현지, 주, 연방 정부에 의해 통제되는 것을 이해하는 것이 필수적입니다.

본 치료의 목표는 다음과 같습니다.

- 통증 완화
- 일상 생활 수행 시 기능 수준 향상

저희 Advanced Urology의 목표는 가능할 때마다 오피오이드 요법을 시작하거나 계속하지 않는 것이지만 가끔 이는 더욱 효과적인 통증 관리를 위해 보증될 수 있습니다.

만성 통증에 대한 장기 처방은 Advanced Urology 정책에 따라 일체의 의료진에 의해 처방되어서는 **안 됩니다**.

만성 통증에 대한 장기 오피오이드/진통제 요법을 필요로 하는 일체의 개인은 통증 관리 전문가에게 의뢰될 것입니다.

부작용

잠재적인 부작용 및 이러한 약물의 위험은 다음 부작용을 포함하되 이에 제한되지 않습니다.

- 기분 변화
- 졸림
- 어지러움
- 변비
- 메스꺼움
- 혼란
- 성기능 및 성욕 감소(호르몬 수치는 치료 도중에 모니터링될 수 있음)

이러한 부작용 중 다수는 며칠 혹은 몇 주 사이에 해결될 수 있습니다. 변비는 종종 지속되며 추가적인 약물이 필요할 수 있습니다. 다른 부작용이 지속될 경우 다른 오피오이드를 이용하거나 투여 중단할 수 있습니다.

귀하는 다음을 해서는 **안 됩니다**.

- **차량 운전 혹은 기계 작동**
 - 만성 통증으로 인한 오피오이드 투약 도중 운전하는 것은 귀하가 진정 혹은 바뀐 정신 상태와 같은 부작용을 겪지 않는다면 의학적으로 허용가능한 것으로 여겨집니다. 이러한 부작용은 보통 오피오이드/진통제를 만성적으로 투여하는 도중에 발생하지 않습니다. 하지만 운전 중에 법 집행에 의해 중단할 경우 약물 복용 운전(DUI)으로 간주되는 것도 가능합니다.
- **오피오이드/진통제 투여 도중 일체의 알코올 소비**
 - 알코올 및 진통제의 영향은 오피오이드/진통제의 영향과 함께 추가적으로 발생합니다. 이러한 물질을 오피오이드/진통제와 병용하여 투약할 경우 혼수상태, 기관 손상 혹은 심지어 **사망**과 같은 위험한 상황이 발생할 수 있습니다.
- **오피오이드/진통제 투약 도중 일체의 다른 처방받지 않은 진정 약제 투약**

환자 이니셜: _____

위험

• 의존성

- 신체적 의존성은 장기적인 오피오이드/진통제 요법의 예상되는 부작용입니다. 즉, 귀하가 오피오이드/진통제를 계속해서 투약한 후에 갑자기 투약 중단할 경우 귀하는 금단 증후군을 경험하게 될 것입니다. 이 증후군은 종종 발한, 설사, 과민성, 불면증, 콧물, 찢어짐, 근육통 및 골통, 소름, 동공 확대 등이 있습니다. 금단은 생명을 위협할 수 있습니다. 이러한 증후군을 예방하기 위하여 오피오이드/진통제는 정기적으로 투약해야 하며 혹은 투약 중단할 경우 의료진의 감독 하에 점진적으로 투여량을 줄여야 합니다.

• 내약성

- 오피오이드/진통제를 지속 투여할 경우 통증 완화 효과에 대한 내약성이 발생할 수 있습니다. 이는 오피오이드/진통제 요법을 시작했을 때 경험했던 것과 동일한 수준의 통증 제어를 위해서는 더 많은 약물을 투여해야 함을 의미합니다. 기저 통증 상태에 아무런 변화가 없음에도 내약성이 생길 수도 있습니다. 내약성이 생기면 가끔 오피오이드/진통제의 점감 요법 혹은 투여 중단을 시행해야 합니다. 가끔은 다른 오피오이드/진통제로 대체할 경우 내약성이 치료될 수 있습니다. 내약성이 발생하기 시작하였다면 약물 복용량은 치료상의 통증 완화 효과를 성취하기 위하여 조정되어야 합니다. 이 기간 동안 상승 조절은 내약성으로 간주되지 않습니다.

• 통증 증가 (통각 과민증)

- 오피오이드/진통제가 신체의 자체적인 통증 완화 시스템에 미치는 장기적인 영향을 알려지지 않았습니다. 일부 증거에서는 오피오이드/진통제가 통증 조절을 방해할 수 있으며 통증 민감성 증가로 이어질 수 있음을 시사하고 있습니다. 가끔 장기적으로 오피오이드/진통제를 복용했지만 계속해서 통증을 느끼는 개인은 약물 복용 중단하고 몇 주 후에 통증이 감소하는 것을 느끼는 경우가 있습니다.

• 중독

- 중독은 발생 및 징후에 영향을 미치는 유전적, 심리사회적, 환경적인 요인으로 발생하는 주요하며 만성적이고 신경 생물학적인 질병입니다. 중독은 다음 중 하나 이상을 포함하는 행동으로 특징 지어집니다.
 - 약물 이용에 대한 조절 장애
 - 강제적인 이용
 - 상해에도 불구하고 지속적으로 이용하는 행위
 - 갈망

태아에 대한 위험

정기적으로 오피오이드/진통제를 복용한 여성이 낳은 아이들은 출생 시 진통제에 의존성을 보일 가능성이 높습니다. 가임기 여성들은 오피오이드/진통제 요법을 받을 때 안전하고 효과적인 피임법을 유지해야 합니다. 임신될 경우 즉시 의사에게 문의하시면 약물은 점감 요법을 이용하거나 중단하게 될 것입니다.

장기 부작용

오피오이드/진통제 요법의 장기적인 영향에 대해서는 전적으로 알려지지 않았습니다. 장기적인 영향의 대부분은 상기에 나열되었습니다. 오피오이드/진통제 요법의 잠재적인 장기 영향에 대한 추가적인 문의 사항이 있다면 주치의와 상담하시길 바랍니다.

환자 이니셜: _____

오피오이드/진통제 약물의 처방 및 이용

귀하의 약물은 통증 관리를 위해 귀하의 주치의가 처방할 것입니다. 개인 필요에 따라 귀하는 단기 혹은 수술 후에 처방 약물을 제공받을 것입니다.

- 귀하는 주치의 면밀한 감독 없이 이루어지는 용량 증량이 과다복용으로 이어질 것이며 심각한 진정 상태, 호흡 억제 및/혹은 사망을 일으킬 것임을 동의하고 이해합니다.
- 귀하는 오피오이드/진통제 약물이 엄격히 귀하의 이용을 위해 처방되며, 귀하의 오피오이드/진통제 약물은 다른 사람에게 절대 제공될 수 없음을 동의하고 이해합니다.
- 귀하는 한 약국에서 오피오이드/진통제 약물 처방전을 조제할 것에 동의합니다.
- 귀하는 귀하의 오피오이드/진통제 약물의 분실 혹은 도난을 방지하기 위하여 해당 약물을 안전하고 잠겨 있는 곳에 보관하는 것이 동의합니다. 귀하는 일체의 분실 혹은 도난에 대한 책임이 있습니다.
- 귀하는 분실, 도난 혹은 파손된 처방전 혹은 약물은 교체하지 않을 것이며 치료 중단으로 이어질 수 있음에 동의합니다.
- 귀하는 한 명의 처방하는 의사 혹은 (처방하는 의사가 처방할 수 없고 자신을 대신하는 사람에게 치료를 제공할 권한을 허가했을 경우) 의사를 대신하는 사람으로부터 오피오이드/진통제 약물을 얻을 것에 동의합니다.
- 약물 혹은 다른 약물의 수치와 일체의 장기 부작용을 모니터링하기 위하여 혈액 및/혹은 소변 검사를 실시할 것에 동의합니다. 귀하는 또한 다른 의사 및 법 집행기관에서 결과에 대해 알림 받을 수 있음에 동의합니다.
- 귀하는 약물을 분실하거나 약물 남용으로 인해 조기에 약물이 소진될 경우 오피오이드/진통제 투약 중단을 경험하고 이를 거칠 수 있음을 이해하고 이에 동의합니다. 귀하는 귀하가 본인의 약물에 대한 전적인 책임이 있음을 이해하고 이에 동의합니다.
- 귀하는 해당 약국에서 받은 모든 약물의 세부사항을 기록하는 목록을 제공하고 귀하의 주치의가 요청한 바에 따라 업데이트된 목록을 제공할 것에 동의합니다.

메타돈을 복용하는 환자의 경우: 메타돈은 다수의 다른 약물과 상당한 상호작용을 보이는 약물입니다. 이러한 약물 중 일부는 신체의 메타돈을 대사하는 기능을 줄여줄 수 있으므로 신체 내 메타돈이 증가하는 것은 위험할 수 있습니다. 그러므로 귀하는 이 사무실에 메타돈 복용 중에 발생한 일체의 병태에 대해 처방된 모든 약물을 알려셔야 합니다.

다음의 경우 오피오이드/진통제 요법은 투여 중단될 수 있습니다.

- 약물 변경으로 관리할 수 없는 점진적인 내약성 발생
- 관리될 수 없고 받아들일 수 없는 부작용 경험
- 기능 감소 혹은 허술한 통증 관리 경험
- 중독 징후 발생
- 일체의 다른 규제 약물 남용(이는 무작위 혈액/소변 검사로 결정될 수 있음)
- 불법 약물 취득 및/혹은 이용(이는 무작위적인 혈액/소변 검사로 인해 결정될 수 있음)
- 의사의 동의 없이 약물 투여량 증가
- 다른 의사 혹은 출처로부터 오피오이드/진통제 취득
- 설명 없이 다른 약국에서 처방약 조제
- 약물 판매, 기부 혹은 분실
- 본 약정 약관의 어느 것이라도 위반

환자의 이니셜: _____

아래에 서명함으로써 본인은 다음 내용을 인정하고 이에 동의합니다.

- 본인은 통증 치료를 위한 오피오이드/진통제에 대한 의사/환자 동의서 및 합의서를 이해했으며 전적으로 이해했습니다.
- 본인은 제안된 치료(치료 없음 포함), 잠재적인 위험, 합병증, 부작용, 혜택에 대해 질문할 기회를 부여받았습니다.
- 본인은 의도적으로 제시된 바와 같이 제안된 치료의 위험을 취할 것을 수락하고 동의합니다.
- 본인은 본 합의서의 약관을 준수할 것에 동의합니다.

환자 이름 (정자체)

환자 서명

날짜

참관인 이름 (정자체)

참관인 서명

날짜

의사 이름 (정자체)

의사 서명

날짜