

비급여 대상자 동의서

질,자궁경부 질염환자 "세균,진균,바이러스"를 플라즈마 시술 방법을 담당의료인이 귀하에게 설명하여 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 다회 시술을 의미합니다.

1. 평가 유예 신의료기술 제도는 임상시험을 거쳐 식품의약품안전처의 허가를 받은 의료기기를 보건복지부장관이 고시한 의료기술이며, 2년간 유예하여 건강보험등재 절차를 진행하기 전에 임상현장에서 실손 비급여로 사용하며, 평가 유예 기간이 종료된 후에 한국보건 의료연구원 신의료 기술평가 됩니다.
2. 시술명은 **플라즈마 활성화수 및 LED를 이용한 질 세정**
질,자궁경부 세균,진균,바이러스 플라즈마 시술을 위한 목적으로 사용합니다.
시술의 방법은 다음과 같습니다.
 - 1) 질,자궁경부를 우먼케어와 일회용 체인지튜브를 결합하여 흡입,흡인을 동시에 하여 질내 염증균을 바로 세정(치료)시술
 - 2) 질,자궁경부를 일회용 LED팁으로 LED에어방사기 살균 우먼케어(제인18-4591호),일회용 체인지튜브 및 LED팁(제신19-733호)
3. 본 시술을 시행할 경우, 위험이나 부작용은 없습니다.
4. 플라즈마 시술 피해 발생 시 보상되는 피해의 보상 원칙
가. 일반적으로 시술시 관련된 피해 비용은 의료기기 회사에서 지급한다.
나. 일시적 통증 또는 쉽게 치료될 수 있는 정도의 손상이 아니라
지속적이고 불구가 될 수 있을 정도의 보다 심각한 손상에 대해서만 보상한다.
5. 다음의 경우에는 보상하지 아니한다.
가. 서로 합의한 치료기준과 방법(프로토콜)에서 이탈함으로써 야기된
손상 나. 환자의 부주의에서 초래된 손상
6. 귀하의 서명한 동의서에 의하여 플라즈마 시술 자료의 열람이 허용됩니다.
7. 국민건강 요양급여가 적용되지 않는 비급여(실비보험 청구 가능) 플라즈마 시술
8. 시술 후 불편사항이 있으시면 해당 의료기기 업체로 연락주시기
바랍니다. [의료기기업체 담당자] 황유안, 010-7565-3515

-본인은 위와 같이 국민건강보험 요양급여가 적용되지 않는 비급여 진료행위
또는 약제,예상비용 등에 대해 충분한 설명을 듣고 결정했음을 확인합니다.

실시기관명 : _____ 등록번호 : _____

설명자 : 의사 간호사,조무사 코디네이터 이름 : _____ (인)

주민등록상 생년월일 : _____ 이름 : _____ (인)