

静脈採血と自家多血小板血漿（PRP）製造のための同意書

I. 自家多血小板血漿（以下PRP）のための同意書

あなたの治療を早めるため、多血小板血漿を使うことをおすすめします。PRPは、あなた自身の血液の成分であり、骨と軟組織の治癒を刺激する増殖因子を含んでいます。これは、あなた自身の血液から滅菌状態で作られるので、他の人から病気がうつる心配はありません。

PRPを作るためには、無菌的操作によって、10～40mlの血液(コーヒーカップの3分の1程度)を採取します。静脈からの血液採取にともなう合併症は極めてまれです。しかし、この処置により失神・吐き気・静脈炎・出血斑・神経損傷をおこすわずかな可能性があります。あなたの血液は、遠心分離機で15分間処理します。そして、骨造成・軟組織の修復のために使用します。

患者(甲)は、骨造成のためとしてPRPの使用を自主的に同意します。

費用は、インプラント埋入手術費または骨造成費に含まれます。

II. 危険性の説明と不快症状の原因

患者(甲)は、PRPが局所に使われて、時には一時的な局所の熱感または刺激を感じることを理解します。また、採血は、腕またはその他の部位の静脈を針で刺すことによっておこなわれることを理解します。採血は危険が少ないけれども、時には、失神・めまい・血腫形成・皮下出血斑・血液減少・感染がきわめてまれに起こります。

III. 利点の説明

患者(甲)は、PRPによる治療は、創傷治癒の過程の一部にすぎないことと骨造成・軟組織の修復のために大切であることを理解します。また、PRPの応用により傷の治癒が強められ早められる可能性があります。治癒を保証するものでないことを理解します。

IV. 追加

患者(甲)は、この技術を使った治療の同意をいつでも撤回することは自由であることを理解しました。患者(甲)の同意の撤回は、治療を引き続き受ける資格を損なうものではありません。もし、患者(甲)がこの治療に疑問を持ったならば、電話番号：03-3371-1210でスタッフに電話で尋ねることができます。

V. 守秘義務

患者(甲)の治療に協力してもらうため、他の専門家に対して、自分自身の医学情報を公表する権限を当院医師に委任します。患者(甲)の医学的情報は法律で要求される期間、秘密を守って保存されることを理解します。患者個人を示さないような情報は、患者(甲)の許可がなくても、教育や研究に使ってよく、公表してもかまいません。また、個人情報に関しては、当院の個人情報取り扱い規定に従うことを理解します。

VI. 同意

患者(甲)は上記の処置に伴う利点、危険性について完全な情報提供を受けたこと確認し、決定まで十分な時間をかけ、決定は患者(甲)の意志でおこないました。

患者(甲)

日付

医療機関名：医療法人社団聖悠会 新宿新都心歯科口腔外科クリニック
歯科医師： 下川 千可志 印