ACR 療法（多血小板血漿（PRP）注入）施術説明同意書

筋腱靭帯等の損傷した運動器の再生・治療を図るために、自己多血小板血漿（以下 PRP と略す）の注入を行うことを勧めます。PRP はご自身の血液の中の血小板を濃縮した成分です。PRP の中には再生を促進する様々な成長因子が含まれています。PRP 作製作業は、清潔操作で行われ、かつ自己血液であるために、他人からの病気がうつる、あるいは感染症を起こす心配は基本的にありません。

説明

- □ 静脈血採血による合併症は極めて稀ですが、失神・吐き気・静脈炎・内出血斑・神経損傷を起こす可能性があります。
- □ PRP 注入後、腫れや内出血が起こります。
- □ PRP 注入液を作製するためには、通常スモールスピッツ:約 10ml・ラージスピッツ:約 20ml(各 1 本あたり)の静脈血を片側の肘の静脈から採血します。
- □ 他の治療法との比較：ヒアルロン酸やステロイド注射等とは機序が異なり、類似する方法はありません。
- □ 治療費は 6 万円（静脈血 10ml あたり）（別途消費税）
- □ PRP の保管及び移動は行いません。
- □ PRP 作製に関わる材料（血液）及び器材は医療廃棄物として処理します。
- □ 本治療は「自己多血小板血漿(PRP)を用いた筋・腱・靭帯等の軟部組織再生治療」（計画番号:PC〇〇〇〇）という名称で、特定非営利活動法人　日本アンチエイジング医療協会　認定再生医療等委員会（認定番号 NB3150019）における審査の後、厚生労働大臣に再生医療等提供計画を提出し、受理されています。また、定期報告義務を有します。

□問い合わせ及び苦情は下記にて対応します。

医療法人社団慶光会 大城クリニック　受付窓口　TEL:03-3352-0046

PRP の治療効果

- □ PRP 注入は、患者様個人の自然治癒力を利用しているため、徐々に改善するが、その治療効果に個人差があること及び治療効果を保証するものではありません。また、効果によっては、複数回の治療が必要となることがあります。

前述の処置の本態と目的及びその実施に関わる危険性を十分説明しました。
私は全ての質問に私の能力最善を尽くして答えました。また、これからも答えるつもりです。

説明年月日：　　年　　月　　日

説明医師氏名　　（自筆署名）

管理者・実施責任者　院長　大城　貴史

同意

私は、この技術を使った治療に対する同意を施術前であればいつでも撤回することは自由であることを知っています。
私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、治療期間中に疑問を持った場合には、医師に電話及び診察で尋ねることができます。

守秘義務

私は医学的情報が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。ただし、私個人を特定できないような情報は、私の許可がなくても、教育や研究に使用してもかまいません。

この書類の理解

私は以上の処置とそれに伴う利点、危険性について完全な情報の提供を受けたことを確認します。決定まで十分な時間をかけ、決定は私の意志で行いました。

私は、整形外科的疾患を改善するために、PRP 注入液を注入することに同意します。

同意年月日　　年　　月　　日

本人氏名　　（自筆署名）

保護者・代理人　　（自筆署名）

＊本人が未成年または同意能力がない場合のみ署名してください。