ACR 療法（多血小板血漿 PRP 注入）施術説明同意書

自己多血小板血漿療法は、皮膚老化の諸症状やニキビ跡などの質感を改善する目的で、自己多血小板血漿（以下 PRP と略す）を皮膚に注射する治療法です。PRP は自己血液の中の血小板を凝縮した成分です。PRP の中には皮膚の再生を促進する様々な成長因子が含まれています。PRP 作成作業は、清潔操作で行われ、かつ自己血液から作製した成分であるため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はありません。

説明

□施術前に治療部位に表面麻酔を行います。

□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・内出血班・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 注入液を作成するためには、通常片側の肘の静脈から清潔な翼状針とシリンジで 11 ccの静脈血を採血します。採血した静脈血を遠心分離機を使用して遠心し血小板を濃縮し PRP を作成します。

□血小板活性を促すためにアドレナリン含有リドカインを少量加えます。

□他の治療法との比較：ヒアルロン酸やコラーゲン注射、または光線療法とは異なり、類似する方法はありません。そのため利益・不利益の比較はできません。

□治療費は顔全体の治療で 19 万(別途消費税）部分的治療で 9 万（別途消費税）です。

□細胞提供者と受領者（施術対象者）は同一人のため、細胞提供者の選択は行いません。ただし、既往歴や診察結果で PRP 療法を施行しない場合があります。

□PRP は保管せず移動しません。

□PRP 作成に関わる材料（血液）及び器材は医療廃棄物として処理します。

□細胞提供者と再生医療等を受ける者が同一人であるため、補償は日本医師会医師賠償責任保険で対応します。ただし、採血および経過中に生じた有害事象においては適切な処置を施し、経過によっては他の医療機関を紹介します。

本治療は「自己血小板血漿（PRP）を用いた美容医療法」（計画番号 PC5150292）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委員会（認定番号 NB3150019・問い合わせ及び苦情窓口：03-5911-5524）における再生医療等提供計画の審査の後、厚生労働大臣に提出し、受理されています。また定期報告義務を有します。

□PRP 療法に関して細胞提供者から提供された PRP に関する財産権は当クリニックに帰属します。細胞提供者には PRP 療法に関する特許権・著作権及び財産権は帰属しません。また PRP 療法を行う事で第三者の特許権・著作権及び財産権を侵害する事はありません。

□PRP 療法を受けるか、受ける事を拒否するかは、あくまで任意であり、PRP 療法を受けることを拒否したり、同意を撤回する事により不利益な取り扱いを行う事はありません。

PRP の治療効果および利益・不利益

□PRP 注入は、シワ・タルミ・ニキビ跡などを完全に改善するものではなく、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、症状の程度によっては複数回の治療が必要となる事があります。

□PRP 療法の利益は皮膚老化に伴う諸症状やニキビ跡などの質感の改善です。PRP 療法には、腫れや内出血が起こる不利益がありますが、これは通常の検査等と同じレベルの内容ですので医学的に問題はありません。

PRP 療法の機序と目的及びその実施に関わる利益と不利益を十分説明しました。
私は全ての質問に私の能力の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：　院長仁木須美子

問い合わせ窓口：茶屋町皮フ科クリニック　06-6371-5500

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。
私の同意の撤回や施術の拒否により、私が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は医師に電話及び診療で尋ねることが出来ます。

守秘義務

私は、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。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益及び不利益に関し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、老化に伴う皮膚の諸症状や皮膚の質感を改善する為に PRP 注入液を皮膚に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。