

自己多血小板血漿(PRP)療法 説明同意書

皮膚老化の諸症状(しみ、しわ、たるみ)やにきび跡などの質感を改善するために、自己多血小板血漿(以下PRPと略す)を皮膚に注射する方法です。PRPは自己血液の中の血小板を濃縮した成分です。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】

本治療は、以下の実施体制にて行います。

細胞採取の実施及び再生医療を提供する医療機関名：すみとも皮膚科

医療機関の管理者：院長 住友 千穂

再生医療等の実施責任者：院長 住友 千穂

細胞採取の実施及び再生医療を提供する医師名：住友 千穂 住友 正樹 大野 真由

当クリニックでは安心して本治療を受けることができるよう、治療後の健康被害が疑われるご相談および問い合わせ等をお受けしております。お手数でございますが、下記にご連絡ください。

問い合わせ及び苦情に関する窓口

すみとも皮膚科 受付 TEL: 0561-56-6030

- 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・内出血斑・神経損傷を生じる可能性があります。
- PRP療法後、腫れや内出血が起こる場合があります。
- PRPを作製するためには、通常スモールスピッツ：約11ml・ラージスピッツ：約22ml(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：ヒアルロン酸やコラーゲン注射、または光線療法とは作用機序が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、スモールスピッツ 1本あたり 60,000円(税込)
ラージスピッツ 1本あたり 120,000円(税込)です。
- 患者の選択基準は皮膚科、形成外科または美容外科治療のためにPRP療法を希望する者です。

【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、医師に診察時や電話で尋ねることができます。

【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および不利益について完全な情報の提供を受けたことを確認しました。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ために、PRPを皮膚に注射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)

保護者または代理人氏名： _____ (自筆署名) (続柄： _____)

*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。