

脂肪注入術 説明書

この用紙は治療の目的や内容などについて説明しています。わからない事がありましたら何でもお尋ねください。

1 治療の目的 - 胸部及び皮下軟部の組織の増大を目的とします。

2 治療の内容および注意点

(内容) 脂肪採取部位(患者の希望による: お腹や太腿など)の皮下脂肪を脂肪吸引術により採取します。採取された皮下脂肪を患者様が組織増大を希望される部位へ脂肪注入器を用いて注入します。脂肪採取から注入に要する時間は、胸の場合で約60分です。全身麻酔を使用する場合は担当医により麻酔に関する説明があります。術後数日間は局部の腫れが強くなり、皮下出血も見られる事があります。通常は当日にお帰り頂けます。腫れは徐々に引いてゆき、内出血は2~6週間程度で消失します。腫れも2~6週間でおおむね引きます。術後注入した脂肪の一部は吸収されますので、徐々に大きさは小さくなっていき、3ヶ月くらいで安定します。注入した後の傷跡は、術直後は赤く目立つことがあります。1~6ヶ月くらいで見た目上わからなくなっていきます。

(注意点) 抗凝固剤(血が固まりにくくなる薬)を常用している場合、手術の2週間前から内服を休止していただく必要があります。

その他、アレルギー、服用中のお薬がある場合は必ず担当医に申し出てください。

施術中は執刀医師以外に、施術補助医師、麻酔科医師が入室する事があります。

当院では、妊娠中、妊娠の可能性のある方への施術は行っておりません。また、授乳中、産後3ヶ月以内の場合は、使用する薬剤などの制限が必要な場合があります。該当する場合は必ず以下にご記入のうえ申告してください。申告の無い場合、当院では一切の責任を負いかねます。

授乳中の方は事前に必ずご申告下さい。

(他の治療法、またそれに伴う効果と危険性) 豊胸術には、脂肪注入法のほかに、インプラントによる豊胸術、ヒアルロン酸による豊胸術があります。それぞれ効果や持続性が異なります。各々にあった効果、リスク等、十分説明を理解したうえで、脂肪注入による豊胸術を受けてください。

3 治療に伴う合併症とその発生率、偶発症発生時の対応

(軽い副作用) だるさ、熱感、頭痛、蕁麻疹、痒み、むくみ、発熱、せき などが生じる事があります。

(重い副作用：極めて稀。頻度は不明) 冷や汗、胸痛、アナフィラキシーショック、呼吸困難 などが生じる事があります。

●脂肪注入箇所に関して

(腫れ(腫脹)、皮下出血) 術後は患部の腫れを生じ、通常術後1週間程度で注入部の腫れは落ち着きます。また、注入部の内出血により、皮膚が赤く見えることがあります。これは自然に吸収されて2~6週間くらいで正常な皮膚の色に戻ります。

(感染) 注入した場所に細菌が入り、感染(膿瘍)となる事が、ごく稀に(確率1%未満)あります。この場合、抗生物質の投与、創内部の洗浄などの適切な処置が必要になります。又、脂肪の定着率が下がる事があります。

(神経損傷) 術中の神経損傷により、局所の知覚障害(皮膚の痺れ感、違和感)を来たす事がありますが、多くの場合軽度で、1ヶ月程度で改善します。ごく稀に(確率1%未満)不可逆性の神経損傷を生じる可能性があり、感覚が戻らない、知覚障害などが残ることがあります。

(しこり) 術後、注入部にしこり(繊維化、石灰化)を触れる事があります。必要と判断した場合にはその部位に薬剤を注射したり、切開摘出したりします。また、上記の場合乳癌との鑑別が難しくなる可能性があります。

(乳癌発生率と検診時の注意) 脂肪を胸に注入しても乳癌のリスクは上がりません。但し、大きなしこりが長期に残ることは稀ですが、手で触れない程度の小さな微小石灰化は必ず起こります。それにより乳癌の診断を難しくさせる場合がありますので、乳癌検診の際には必ず担当医に脂肪注入を受けた旨をお伝え下さい。

●脂肪吸引箇所に関して

(血腫) 術後出血による血腫(血液の溜まり)ができる事があります。術後は局所の圧迫を行い、腹帯、ストッキング、ガードルなどを使用する事になります。溜まった血液を外に出すためにドレーンの留意を行う事があります。血腫ができた場合、後でそこに体液が溜まり、それを針で抜く処置を必要とする事があります。

(感染) 皮膚切開部より細菌が入り感染(膿瘍)となる事がごく稀に(確率1%未満)あります。この場合、抗生物質の投与、創内部の洗浄など適切な処置が必要になります。

(神経損傷) 術中の神経損傷により、局所の知覚障害(皮膚の痺れ感、違和感)を来たす事がありますが、多くの場合軽度で1ヶ月程度で改善します。ごく稀に(確率1%未満)不可逆性の神経損傷を生じる可能性があり、感覚が戻らないことや、知覚障害が残ることもあります。

(皮膚) 術後に吸引箇所を包帯で圧迫し医療用テープで固定しますが、皮膚が弱い場合、テープかぶれなどを起こす事があります。吸引する脂肪及び皮膚の質によりタルミやシワが気になる場合があります。

●脂肪注入箇所と脂肪吸引箇所に関して

(脂肪塞栓、血栓) ごく稀に(確率1%未満)脂肪や血液の塊が血管を通して、肺などの臓器の細い血管を詰める事があります。この場合はその臓器に異常が生じる事があります。多くは可逆的なものですが、当院での管理が難しいと判断した場合、総合病院などに搬送することがあります。

(表面の凹凸) 術後稀に、凹凸が気になる事があります。通常は経過観察、マッサージなどで改善していきます。必要があれば修正術を行う事がありますが、多少残る事があります。

(左右差) 体型・体格により、脂肪のつき方は元々左右差があります。均等に近づくように努めますが、脂肪吸引後ごく稀に気になる事があります。通常は経過観察、マッサージなどで様子を見ていきますが、必要であれば修正術を行う事があります。

(傷跡及び吸引部皮膚) 脂肪を採取する部位及び、注入する部位に小切開を行います。切開部位や個人差、体質により傷跡が目立つ事があります。ごく稀に、傷跡及び吸引部皮膚に色素沈着を起こす事があります。

以上の治療の効果、経過などはあくまで平均的な説明で個人差があります。また、偶発症として硬膜外麻酔時に **Dera Puncture** の可能性があります。**Dera Puncture** で起きる症状は主に、体位によって変化する激しい頭痛・吐き気等です。数日でおさまらない場合は、ご来院ください。その他、偶発症が起きた場合には、必要に応じて最善の処置を行います。4 緊急時の対応術中、術後、出血が多い場合には、お客様の体を第一優先にし、輸血の実施や、施術の中断をする事があります。また、重要臓器(腸管など)の損傷などの緊急事態を含め、適切な対応が必要な場合や、当院での管理が難しいと判断した場合は総合病院などに搬送することがあります。施術は後日に延期されます。

5 残余データの利用残余組織や臨床データ、モニターの方の写真や映像等は、研究、教育、学会・論文報告などために大変貴重な材料となります。今後の医療の発展のため、特別な申し出がない限り研究に使用させていただきます。但し、非同意の場合でも診療になんの不利を受けません。

6 安心保障制度(保証期間: 施術日より1年間)

- 1、傷跡が気になる場合は、傷跡の修整を無料で致します。
- 2、万が一、術後しこりが発生した場合、1年以降も無料で治療します。

(対象外期間)

ゴールデンウィーク(4/27~5/5) お盆(8/10~8/20) 年末(12/26~12/31)

(注意事項)

- ・再施術の決定の際には、診察と施術前後の写真の判定がございます。
- ・患部への負担を考慮し、再施術は施術日より半年以降に行います。
- ・再施術による負担が危険だと考えられる場合や、改善が見込まれない場合、適応が見られない場合など、医師の判断により再施術をお断りする事がございます。
- ・必ず手術日にバストサイズ(アンダー・トップ)・体重を測定致します。
- ・再手術時に体重が軽減(目安-2kg以上)していないことを条件とします。
- ・脂肪採取は本手術と同一箇所より行います。脂肪が少ない場合は再手術出来ない事があります。
- ・医師の判断により、使用器材が変更になる場合がございます。
- ・保証に関わる診察、施術は、原則として該当の施術担当医が行います。
- ・安心麻酔などオプション代金は別途必要です。
- ・保証期間を過ぎると、保証内容は無効となります。
- ・ご予約の変更・キャンセルは再施術に関するご予約の変更・キャンセルは、施術予定日を含む1週間前まで(手術予定日が水曜日であれば前の週の水曜日まで)は、1回に限り無料です。
- ・施術予定日1週間前を過ぎてからご予約の変更・キャンセルをされる場合と、ご予約の変更が2回目以上となる場合には、再施術のご予約に際して、施術予定時間1時間当たり2万5000円(税込)の予約変更手数料を申し受けます。
- ・写真撮影を拒否されている場合は、保証対象外となります。
- ・施術代の返金は一切行っておりません。
- ・保証制度は譲渡できません。
- ・当院が閉院した場合は保証の限りではございません。

7 写真撮影当院では、治療の経過を辿るため写真撮影を行います。写真撮影を拒否される場合、施術効果及び施術の影響による合併症(皮膚トラブル・神経症状など)に関する異議の申立はできません。また、この場合 安心保証制度は適用されません

8 料金に関して

- ・セルーション豊胸術 1420000円
- ・セルーション若返り術 848000円

説明日： 年 月 日 / 説明医師：

上記の医師から、既往歴・薬物に対する特異体質などの問診、本紙に記載された全ての事項、
施術・麻酔その他の実施並びに今後の見込みについて説明を受け、その内容を十分に理解し
ました。

本人氏名：

/ 法定代理人：

(未成年者の場合)

湘南美容クリニック