

## PRP療法の同意書

- 1 自己多血小板血漿（PRP）は、自己の全血から濃縮された自己血由来のもので、活性化された血小板が放出する増殖因子が、目的とする局所に作用し、機能の低下した細胞や組織の増殖や活性化を導く治療です。真皮線維芽細胞の活性化による顔・首の肌の小じわの改善や、線状皮膚萎縮症の皮膚症状の改善、脱毛症においては毛包幹細胞・毛乳頭細胞の機能修復を促し脱毛症の改善をはかる治療方法です。
- 2 自由診療です。費用については、別途直接説明を受けてから同意して下さい。
- 3 ご自身の血液を用いるため合併症の危険性は低いですが、注射処置になりますので感染をおこす可能性があります。熱感が続く、赤みが引かない、痛みが続く等変わりがあれば必ずご連絡下さい。
- 4 慢性創傷の治療や骨移植、脂肪移植、脱毛症、瘢痕修正や整形外科、肌の活性化、小じわの改善、口腔外科領域の医療の分野で利用されている治療法ですが、それぞれの疾患に対しての PRP 治療のデザインは確立されていません。AGA では Norwood type1-4, FAGA では Ludwig type1-2 が適応であると考えられておりますが、治療効果は人によって異なります。自己血であるため安全性の高い治療であると考えられておりますが、治療効果は人によって異なります。
- 5 採血は約 32ml です。採血後すぐ院内で精製し、精製後速やかに局所へ注射します。
- 6 麻酔でアレルギーの既往のある方は必ずお申し出下さい。
- 7 病状によってはお受けできないことがあります。
- 8 PRP 療法を受けることを拒否することは任意で有り、治療を拒否することにより不利益な取り扱いは生じません。
- 9 この同意を撤回することはいつでも可能です。同意を撤回しても不利益な扱いを受けることはありません。
- 10 代諾者の同意は認めません。
- 11 治療を受ける方の個人情報保護は保護されます。個人情報はクリニックにて厳重に管理し、個人に関する情報（氏名、写真など）が許可なく外部に公表されることは一切ありません。

私はPRP療法について、方法、期待する効果、合併症などについて十分な説明を受け納得し実施を希望します。なお、上記の診療行為中予期しない生命にかかわるような緊急状況が発生した場合は、医師が必要と判断した処置を行うことを同意します。

平成 年 月 日

御名前