ACR 療法（多血小板血漿（PRP）注入）施術説明同意書

皮膚老化の再生を図るために、自己多血小板血漿（PRP）の皮膚への注入を行うことを勧めます。PRP はご自身の血小板を濃縮した成分で、こ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。これら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

- □ 施術前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・神経損傷を起こす可能性があります。
- □ PRP 注入液を作製するためには、通常１０ccの静脈血を片側の肘の静脈から採血します。
- □ 血小板活性を保つためにアドレナリン含有リドカインを少量加えます。
- □ PRP 注入後、腫れや内出血が起こることがあります。
- □ 施術後にホットタオルで加温します。
- □ 他の治療法との比較：ヒアルロン酸注射や光線療法とは機序が異なり、類似する方法はありません。
- □ 治療費は８万円（別途消費税）です。

PRP の治療効果

- □ PRP 注入は、完全にシワ・タルミを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、シワ・タルミの程度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　　（自筆著名）

同意

私は、ＰＲＰ（多血小板血漿）療法を受けることに同意します。
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

私の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。

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、シワあるいはタルミを改善するために、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。