

PRP（自己血高濃度血小板血漿）療法

治療説明書・同意書【創傷治癒】

I) 治療の説明

【PRP療法】とは

ご自分の血液を遠心分離して得られる血小板を多く含む血漿を再び自身の患部に注入することで血小板から放出されるさまざまな成長因子の作用により損傷を受けた組織の修復を刺激、促進させることを目的とした再生医療です。

アメリカ食品安全局(FDA)、ヨーロッパ安全規制(CE)、MFDS(食品医薬品安全処(旧KFDA))の認可を受けた医療機器を用いて、自己の血小板血漿を加工して治療する為、感染およびアレルギー反応の出現も極めて少ない安全性の高い治療です。

【適応症】

手術時、PRPを併用することにより皮膚軟部組織の細胞再生や抗炎症作用、細菌増殖を抑え感染の抑制を目的とした補助治療

フェイスリフト手術、上眼瞼のたるみ取り手術、豊胸手術など美容目的の外科的手術

慢性潰瘍、急性潰瘍・熱傷・骨欠損・骨折加療、血管再生、のう胞、乳房再建、ケロイド・瘢痕拘縮、難治性皮膚潰瘍、褥瘡など

II) 禁忌及び要注意についての医師確認事項（患者様ご自身で□へ✓をご記入ください。）

有 無

- 感染症のある方（）
- 妊娠している方、授乳中の方
- アレルギー経験がある方（）
- 基礎疾患をもっている(病名：）
- 抗凝固薬を服用している

III) リスク・副作用など

- 1) 採血時にごくまれに神経を痛めることがあります。医師が適切な治療を施します。
- 2) 治療部位に内出血・痛み・赤み・腫れが出ることがありますが、3日～1週間で改善します。
- 3) 注入部位を不衛生な状態にすると感染が起こる可能性があります。
- 4) 加工した細胞を注入し、その細胞が活性化されるまでには時間が必要です。
- 5) 治療効果は、損傷範囲や重症度によりも異なり、個人差があります。
- 6) 注入は医師と状態を確認しながら進めます。

IV) 他の治療方法

重症度の診断によりいくつかの治療方法があります。

① PRPを併用しない方法

PRPを併用する治療は補助療法であるため、選択しないこともできます。併用時と比較した場合、治癒に多少時間を要する可能性はあります。医師にご相談ください。

V) 術後の注意点

- 1) 治療後は安静にし、激しい運動、サウナ、入浴は避け、飲酒も控えてください。
- 2) 注入後は患部を清潔にし、指示がある場合は外用剤の塗布、内服薬の服用をして下さい。
患部の腫れや痛みが続く場合は担当医師にご相談ください。

VI) 施術費用

この再生医療治療は、医療保険適用外(自由診療)施術ですので全額自費でお支払いいただきます。
施術費は、術後のケアを含めて、1回 100,000円(税別)となります。

VII) 術前にご理解いただきたいこと

- 1) 治療には効果だけでなく副作用が発症する可能性があること、他の治療方法があることをご理解ください。
また、予期せぬ健康被害が起りうるがありますが、医師は出来得る限りの医学的対処を行います。
- 2) 本治療は補助治療であるため、主たる疾患の治療については別途説明を受け、同意をした上、本治療へ進んでください。
- 2) 心配、不安なことがありましたら、当院連絡電話にいつでもご連絡、ご来院下さい。
- 3) 治療を受けるか拒否するかは任意で、たとえ同意をしたあとも細胞加工するまでは撤回することができますし、拒否または撤回によって何ら不利益を被ることはありません。
- 4) 医師の責による健康被害が発生した場合は、医師は無償でその治療にあたります。
一方、予見できない副作用発症の場合や治療効果についての主観的な見解の相違がある場合の治療費や補償については双方協議して決定します。
- 5) 本治療に関わる個人情報、クリニック管理者によって法に基づいて厳正に管理されています。

以上、【PRP療法】の説明を受け、この書面の内容を十分に理解し、疑問点については質問し、説明を受け、納得した上で、自らの意思で施術を受けることに同意します。

年 月 日

患者氏名(自筆署名): _____ (本人)

患者住所: _____

同席者氏名(自筆署名): _____ (本人との続柄)

同席者住所: _____

※選定した場合のみ(本人が未成年者の場合は必須です)。□へ✓をご記入下さい。

代諾者氏名(自筆署名): _____ (本人との続柄)

代諾者住所: _____

医療法人社団白壁会サフォクリニック 御中 担当医師: _____