

<変形性関節症に対する脂肪組織由来再生(幹)細胞を用いた細胞治療>

施術同意書

本紙は、施術申込みに関する同意書です。別紙説明書、診察にて内容を了解いただいたうえでご記入ください。

◆契約内容施術日 年 月 日

施術名

変形性関節症に対する脂肪組織由来再生(幹)細胞を用いた細胞治療

※第二種再生医療等計画を厚生労働省に提出し受理しております。(再生医療提供計画番号 PB3160030)

提供する医療機関

医療法人湘美会 西新宿整形外科クリニック

管理書 田邊雄 実施責任者 小阪舞 実施医師 田邊雄

◆提供される再生医療等の目的および内容

上記、再生医療は関節内の炎症を抑え、軟骨の保護と修復を促し痛みの根本にアプローチをし、痛みの軽減を目的とします。ご自身の脂肪から幹細胞を採取し、関節腔内注射を行います。

◆当該再生医療に用いる細胞に関する情報

脂肪組織由来再生(幹)細胞を用います。

◆当該再生医療等の提供により、時間をかけて痛みの軽減が期待されますが、効果に関しては個人差がございます。また、治療提供後、腫脹等が出る場合があります。

◆再生医療に関して

上記、再生医療を実施されることに関して、拒否をされることは任意と成っております。一度再生医療を受けることについて同意された場合であっても、治療を受ける前であればいつでも同意を撤回することができます。拒否または撤回に関して、不利益な取り扱いはいたしません。

また、再生医療等を受ける場合、外部機関である再生医療等認定委員会、所轄厚生局等へ個人情報を開示する場合があります。

治療の提供をうける際に、別紙説明事項、治療見積を十分ご確認のうえ、治療の受診を申し込みます。

同意する。

同意しない。

◆治療の注意点

当院では、妊娠中、授乳中、妊娠の可能性のある方への施術は行っておりません。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。

妊娠中、または妊娠の可能性のある 授乳中である 産後3ヵ月以内である

該当項目なし

◆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。その場合は、下記の緊急連絡先に連絡します。施術は後日に延期します。

【緊急連絡先】

お名前： (続柄)

電話番号：

◆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、拒否された場合でも診療に不利益を受けません。

- 利用に同意します。
 利用を拒否します。

◆試料等の保管および廃棄の方法

採取し余った脂肪細胞は医療廃棄処分いたします。

◆苦情及び問い合わせに関して

治療提供後のお問い合わせに関しては、西新宿整形外科クリニックお客様相談窓口までお問い合わせください。

◆本治療から生じる知的所有権について

本治療により、患者様の健康や遺伝的特徴などに関する重要な知見が得られ、特許権などの知的所有権が生じた場合には、これらの権利などは本治療を実施する機関に帰属することとなりますことをご了承ください。

◆本治療における試料の第三者委託について

本治療において、採取し余った試料において、研究等のために使用する場合は、事前に提供者または代諾者の了承を得ることとします。

◆当該再生医療における審査等を先進医療医師会特定認定再生医療等委員会に委託いたします。

◆施術申込み

貴クリニック医師から、既往歴・薬物に対する特異体質の問診を受け、別紙説明書の内容、施術・麻酔その他の実施並びに今後の見込みなどについて詳しく説明を受け、よく理解し同意しました。
よって、自らの意思により施術に申し込みます。

同意日

同意者