

患者ID _____

患者氏名 _____

説明・同意書

_____ 時に以下のとおり説明しました。
大阪労災病院 _____

医師 _____ 印

同席者/確認者 _____ 印

〈検査・治療について〉

1 病名、病状

ビスフォスフォネート製剤（BP 製剤）やデノスマブ（商品名：ランマーク）、ゾレドロン酸（商品名：ゾメタ）等の使用経験がございますので、抜歯など顎骨に侵襲の加わる治療をした場合、顎骨壊死や顎骨骨髓炎を発症する危険性があります。

2 検査・治療法とその内容（実施予定日： _____）

GRF(Growth factor Rich Fibrin)/PRF (Platelet Rich Fibrin) について

GRF/PRF は、採血された患者様の血液から作製される細胞加工物です。これらは増殖因子やサイトカインといった成分を含み、傷の治癒や骨及び歯周組織の再生・回復を促し、止血や痛みの軽減、感染の予防に効果があるとされています。患者様ご自身の血液から作られますので、他の人から病気が感染する心配はありません。また、外からの雑菌が入らないよう、安全性にも十分配慮された環境で作製されます。

3 必要性と検査・治療をしないときの経過予想

ビスフォスフォネート製剤（BP 製剤）やデノスマブ（商品名：ランマーク）、ゾレドロン酸（商品名：ゾメタ）の使用経験のある方が抜歯など顎骨に侵襲の加わる治療を受けると顎骨壊死や顎骨骨髓炎を発症する場合があります。GRF/PRF を使用し、組織の再生・回復を促進することで、100%ではありませんが、その発症を予防できる可能性があります。

4 他の方法との比較、その利点と危険性

他の治療法との比較

GRF/PRF を使用する代わりに、動物由来の材料や人工的に作られた材料を用いる方法もありますが、GRF/PRF を使用する方が感染やアレルギーの危険性が低くなります。

GRF/PRF を用いた治療の利点と危険性

GRF/PRF は、傷の治癒や骨及び歯周組織の再生・回復に効果があるとされています。また、GRF/PRF を使用することで手術後の痛みや感染を抑え、治癒を早める効果が期待できます。これらの効果が 100%保証されるわけではありませんが、治療に用いる十分な利点があると考えています。

清潔操作で感染には注意して治療を行いますが、感染を起こす危険性があります。

5 検査・治療自体の危険性及び考えられる合併症

採血は腕もしくはその他の部位の静脈に針を刺すことによって行われますが、採血の際、疼痛の他、恐怖感による不快症状、血腫形成、皮下出血斑、神経損傷、感染が極めてまれに起きることがあります。

6 その他

合併症に対し、治療が必要となる場合がありますが、これらの治療に伴う費用は、健康保険の適用となっています。

治療への同意と撤回

GRF/PRF を使用した治療に対する同意は、患者様の自由な判断に基づくものであり、いつでも自由に同意を撤回することができます。GRF/PRF を使用した治療に同意しなかったり、同意を撤回したりしても、決して不利益にはならず、患者様の自由な判断で、本院の治療を継続されることができます。治療中に疑問を持った場合には、いつでも当院スタッフにご相談ください。

治療に係る費用

GRF/PRF を用いた治療に係る費用につきましては、一連の手術費用に含まれており、別途治療費はかかりません。

守秘義務

診察・治療に関する個人情報、当院で定めた個人情報保護規程に従って厳重に取り扱い、個人が特定されることなく、十分にプライバシーが保護されるよう取り計らいます。

7 交付した説明書類と書式番号

医師の説明に対し、十分御理解いただいたなら、以下のいずれかにチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れ同意書に署名願います。 1 上記の医療行為に関する説明を受けました。そして、その内容について <input type="checkbox"/> わかりました。その上で納得して上記の医療行為に同意します。 <input type="checkbox"/> わかりましたが、上記の医療行為には同意しません。 2 要望			
日	付	年	月 日
患者氏名(自署)			
代諾者(自署)		続柄	
住 所			
同席者(自署)		続柄	
住 所			
私は、上記の医療行為に関する説明・同意書の控えを受領しました。受領者()			

患者 I D _____

患者氏名 _____

説明・同意書

_____ 時に以下のとおり説明しました。
大阪労災病院 _____

医 師 _____ 印

同席者/確認者 _____ 印

〈検査・治療について〉

1 病名、病状

ビスフォスフォネート製剤（BP 製剤）やデノスマブ（商品名：ランマーク）、ゾレドロン酸（商品名：ゾメタ）等の使用経験がございますので、抜歯など顎骨に侵襲の加わる治療をした場合、顎骨壊死や顎骨骨髓炎を発症する危険性があります。

2 検査・治療法とその内容（実施予定日： _____）

GRF(Growth factor Rich Fibrin)/PRF (Platelet Rich Fibrin) について

GRF/PRF は、採血された患者様の血液から作製される細胞加工物です。これらは増殖因子やサイトカインといった成分を含み、傷の治癒や骨及び歯周組織の再生・回復を促し、止血や痛みの軽減、感染の予防に効果があるとされています。患者様ご自身の血液から作られますので、他の人から病気が感染する心配はありません。また、外からの雑菌が入らないよう、安全性にも十分配慮された環境で作製されます。

3 必要性和検査・治療をしないときの経過予想

ビスフォスフォネート製剤（BP 製剤）やデノスマブ（商品名：ランマーク）、ゾレドロン酸（商品名：ゾメタ）の使用経験のある方が抜歯など顎骨に侵襲の加わる治療を受けると顎骨壊死や顎骨骨髓炎を発症する場合がありますことがわかってきました。GRF/PRF を使用し、組織の再生・回復を促進することで、100%ではありませんが、その発症を予防できる可能性があります。

4 他の方法との比較、その利点と危険性

他の治療法との比較

GRF/PRF を使用する代わりに、動物由来の材料や人工的に作られた材料を用いる方法もありますが、GRF/PRF を使用する方が感染やアレルギーの危険性が低くなります。

GRF/PRF を用いた治療の利点と危険性

GRF/PRF は、傷の治癒や骨及び歯周組織の再生・回復に効果があるとされています。また、GRF/PRF を使用することで手術後の痛みや感染を抑え、治癒を早める効果が期待できます。これらの効果が 100%保証されるわけではありませんが、治療に用いる十分な利点があると考えています。

清潔操作で感染には注意して治療を行いますが、感染を起こす危険性があります。

患者さん控え

5 検査・治療自体の危険性及び考えられる合併症

採血は腕もしくはその他の部位の静脈に針を刺すことによって行われますが、採血の際、疼痛の他、恐怖感による不快症状、血腫形成、皮下出血斑、神経損傷、感染が極めてまれに起きることがあります。

6 その他

合併症に対し、治療が必要となる場合がありますが、これらの治療に伴う費用は、健康保険の適用となっています。

治療への同意と撤回

GRF/PRF を使用した治療に対する同意は、患者様の自由な判断に基づくものであり、いつでも自由に同意を撤回することができます。GRF/PRF を使用した治療に同意しなかったり、同意を撤回したりしても、決して不利益にはならず、患者様の自由な判断で、本院の治療を継続されることができます。

治療中に疑問を持った場合には、いつでも当院スタッフにご相談ください。

治療に係る費用

GRF/PRF を用いた治療に係る費用につきましては、一連の手術費用に含まれており、別途治療費はかかりません。

守秘義務

診察・治療に関する個人情報、当院で定めた個人情報保護規程に従って厳重に取り扱い、個人が特定されることなく、十分にプライバシーが保護されるよう取り計らいます。

7 交付した説明書類と書式番号

医師の説明に対し、十分御理解いただいたなら、以下のいずれかにチェック☑を入れ同意書に署名願います。			
1 上記の医療行為に関する説明を受けました。そして、その内容について			
<input type="checkbox"/> わかりました。その上で納得して上記の医療行為に同意します。			
<input type="checkbox"/> わかりましたが、上記の医療行為には同意しません。			
2 要望			
日	付	年	月 日
患者氏名(自署)			
代諾者(自署)		続柄	
住 所			
同席者(自署)		続柄	
住 所			
私は、上記の医療行為に関する説明・同意書の控えを受領しました。受領者()			