

説明文書

[多血小板血漿 (PRP) 療法]

【多血小板血漿 (PRP) 療法についての説明】

- あなたの病状は、 _____ です。
一般的な外用治療で効果が乏しい場合、この病状の治療期間を早めるためにPRPを使うことをおすすめしています。
- その他の治療として、手術加療がありますがPRPを使用するほうが侵襲・負担が小さくなります。
- PRPは骨と軟組織の創傷治癒の促進を刺激する増殖因子を含んでいます。
- これは、あなた自身の血液から滅菌状態で作られるので、他人の病気がうつる心配はありません。
- PRP、PPP(血小板血漿:ほとんど白血球成分)を作るためには、無菌的操作によって腕またはその他の部位から静脈血(動脈血採取をすることもあります)50~100mlを採取し、1回目の遠心分離により末梢血を赤血球層と血漿層とに分離させます。血小板はこの二つの層の間に集められます。
- その後、慎重に血漿層と血小板層のみを取り出し、これを2回目の遠心分離にかけ、血漿層と血小板層とに分離させます。分離した高濃度の血小板と少量の血漿とを混和してPRPが精製され、残りの血漿がPPPです。
- その後、PRPを活性化するために自己トロンピンと塩化カルシウムとを混合します。創部にゲル化したPRPを貼付した上で、植皮を行い、ゲル化したPPPをさらに創部に貼布します。
- 塩化カルシウムは製薬会社から求めたもので、厚生労働省認可の医薬品で安全とされています。
- 血液採取に伴う合併症はまれですが、この処置により局所痛、血管炎、吐き気、皮下出血斑、神経損傷、感染、失神を起こす可能性があります。
- また、創部にPRP・PPPを貼布する時に、一時的な局所の熱感または刺激を感じることもあります。
- ただ、PRPによる治療は、創傷治癒過程のごく一部を促進するにすぎません。
- また、PRPの応用により傷の治癒が早められる可能性があります、治癒を保証するものではありません。
- 治療の過程で異常事態が起こった場合、その都度説明し、その後の治療方針について相談します。
- PRPを使用した治療に関する同意はあなたの自由な判断に基づくもので、いつでも同意を撤回する事が出来ます。また同意を撤回しても不利益を被る事はありません。
- PRPを用いた費用につきましては別紙に記載の通りです。
- 治療・診察に関する個人情報、当院で定めた個人情報保護規定に従って厳重に取り扱われます。

医誠会病院 病院長 殿

説明医 _____

同席医療従事者 _____

説明日 _____

患者氏名 _____ (患者ID _____) 生年月日 _____

住所 _____

同意書

医誠会病院 病院長 殿

診療行為の名称

[多血小板血漿 (PRP) 療法]

このたび、上記の診療行為を実施することを提案され、下記に署名する患者 (保護者) および親族または代理人は、下記説明医から上記診療行為の内容・必要性・危険性 (副作用・合併症・死亡リスクなどを含む) および予後に関する十分な説明を受け、納得いたしましたので実施することを承諾します。

また、実施中の緊急な状況に際しては、医師が必要かつ適切と判断した上記以外の措置およびこれに関連する診療行為についても承諾いたします。

説明医 _____ 同席医療従事者 _____

日付 _____

患者氏名 _____

(患者ID _____)

生年月日 _____

住所 _____

親族氏名 _____

(保護者氏名)

住所 _____

患者との続柄 (_____)

代理人氏名 _____

住所 _____

患者との続柄 (_____)

署名 (本人でない場合は親族または代理人) _____ 印

※署名の場合、捺印は不要です

同意書

医誠会病院 病院長 殿

診療行為の名称

[多血小板血漿(PRP)療法]

このたび、上記の診療行為を実施することを提案され、下記に署名する患者（保護者）および親族または代理人は、下記説明医から上記診療行為の内容・必要性・危険性（副作用・合併症・死亡リスクなどを含む）および予後に関する十分な説明を受け、納得いたしましたので実施することを承諾します。

また、実施中の緊急な状況に際しては、医師が必要かつ適切と判断した上記以外の措置およびこれに関連する診療行為についても承諾いたします。

説明医 _____ 同席医療従事者 _____

日付 _____

患者氏名 _____

(患者ID _____)

生年月日 _____

住所 _____

親族氏名 _____

(保護者氏名)

住所 _____

患者との続柄 (_____)

代理人氏名 _____

住所 _____

患者との続柄 (_____)

署名(本人でない場合は親族または代理人) _____ 印

※署名の場合、捺印は不要です