CGF を用いた治療のための説明・同意書

１．CGF（Concentrated Growth Factors）について

CGF 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。

２．CGF を用いた治療の利点

CGF 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、CGF 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。

３．治療の危険性と副作用・不快症状

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。

４．他の治療法との比較

CGF 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、CGF 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。

５．治療への同意と撤回

CGF 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。

CGF 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。

６．治療に係る費用

CGF を用いた治療に係る費用につきましては、別紙に記載の通りです。

桃豊インター歯科

７．健康被害への対応

当院では CGF を用いた治療による健康被害が万一生じた場合に備えて、医師賠償責任保険に加入しています。

８．守秘義務

診察・治療に関する個人情報は、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。

歯科医院住所　/　担当歯科医師　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明日：　　年　　月　　日

このたび CGF による治療を受けるにあたり、その内容についての説明を受け、理解しましたので、本治療に同意します。

同意日：　　年　　月　　日

患者様署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人様署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者様との関係　　）