

PRP療法説明書・同意書

確認事項

以下の方にはPRPの注入は行えません

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> プロスタグランジンにアレルギーのある患者 | <input type="checkbox"/> 妊婦 | <input type="checkbox"/> 脾機能亢進症 |
| <input type="checkbox"/> ACD-AIにアレルギーのある患者 | <input type="checkbox"/> 小児 | <input type="checkbox"/> 門脈圧亢進症 |
| <input type="checkbox"/> 出血傾向のある患者 | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 特発性門脈圧亢進症 |
| <input type="checkbox"/> 骨髄機能低下の患者 | <input type="checkbox"/> 貧血のある患者 | <input type="checkbox"/> 特発性血小板減少性紫斑病 |
| <input type="checkbox"/> 肝機能障害のある患者 | <input type="checkbox"/> 甲状腺機能異常のある患者 | <input type="checkbox"/> 遺伝性球状赤血球 |
| <input type="checkbox"/> HIV感染症の患者 | <input type="checkbox"/> 血小板減少性紫斑病 | <input type="checkbox"/> 自己免疫性溶血性貧血 |
| <input type="checkbox"/> ウイルス性疾患
(麻痺・伝染性単核球症・インフルエンザ) | <input type="checkbox"/> 血小板増多症 | <input type="checkbox"/> ケロイド体質である |
| <input type="checkbox"/> 膠原病患者
(リュウマチ・SLE・バセドウ病・皮膚筋炎など) | <input type="checkbox"/> 血小板無力症 | |

施術時注意薬剤

(以下の薬剤を使用している場合は、期待する効果が得にくい場合があるので、慎重に施術を計画致します)

- | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> アスピリン | <input type="checkbox"/> カルシウム拮抗剤 | <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 |
| <input type="checkbox"/> ジピリダモール(ベルサンチン・アルギナール) | <input type="checkbox"/> アルコール | <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬 |
| <input type="checkbox"/> チクロピジン | <input type="checkbox"/> エストロゲン | <input type="checkbox"/> インドメタシン |
| <input type="checkbox"/> クロピドグレル | <input type="checkbox"/> サイアザイド系利尿剤 | <input type="checkbox"/> フェニルブタゾン |
| <input type="checkbox"/> シクロスタゾール(プレタール) | <input type="checkbox"/> PGE1 | <input type="checkbox"/> サルフィンピラゾン |
| <input type="checkbox"/> ペラフロスト(ドルナー・フロサイリン) PGI2誘導体 | <input type="checkbox"/> インターフェロン | <input type="checkbox"/> クロルプロマジン |
| <input type="checkbox"/> サルボグレラート(アンブラーグ) | <input type="checkbox"/> シクロフォスファミド | <input type="checkbox"/> ペニシリン |
| <input type="checkbox"/> エイコサペンタエン酸(エパデール) | <input type="checkbox"/> ピンクリスチン | <input type="checkbox"/> フェニトイン |
| <input type="checkbox"/> オザグレルナトリウム | <input type="checkbox"/> メトトレキサート | |

- 同様の効果を得られるものとしては、BOTOXやヒアルロン酸の注入等がありますが、効果が一時的であり、自身の細胞由来ではありません。それに対して、PRP療法は効果の持続が期待できることや、安全性が高いことがメリットです。
- 当治療を受けることを拒否することは任意です。
- 当治療を拒否すること、又は同意を撤回することにより不利益な取り扱いを受けることはありません。
- 同意の撤回は、申し出により、いつでも可能です。
- 個人情報には当院内のみの扱いとし、外部へ流出することはございません。
- 1回の施術費用は32,400円です。
- この治療は、自分の血液に含まれる血小板の成長因子を皮膚に注入して、ちりめんジワ、たるみやニキビ痕を改善し、皮膚全体の若返りを図るものです。
- 自分の血液を利用するため、感染症を起こす可能性はほとんどありません。また、アレルギーの可能性もほとんどないため、施術前のテストなどは必要ありません。
- 体質や施術当日の体調によって血小板の濃度は変化することがあります。
- 採血時または治療中に体調の変化(気分不良・血圧の変化など)が生じた場合、施術を中止することもあります。
- 注射の痕ができることがありますが、次第に目立たなくなります。
- 施術後、赤みが出ますが、数時間で改善されます。
- 施術後、腫れが一時的にありますが、通常は1日～2日程度で大まかなものは改善します。また施術直後に熱感を伴うことがありますが、次第に治まります。
- 時として内出血ができることがありますが、5～7日で改善します。
- 表皮麻酔を使用する場合、稀にアレルギー反応が起こり、肌に合わないことがあります。また、授乳中の方は使用はできません。
- 表皮麻酔の効果には個人差があります。また、痛みの軽減が目的であり痛みが残る可能性は否定できません。
- 施術2時間前までに食事を済ませてお越しください。また、脂質の多い食事は控えてください。
- 十分な水分補給をした上でお越しください。
- 施術当日は入浴、飲酒、運動は控えてください。また、施術部位のマッサージは2週間程度あけてください。
- PRP療法の効果は永久的なものではありません。治療の結果には個人差があり、経過等は各人各様です。医師のお話する内容はおよその予測です。
- 治療に関して異常または不明な点が生じた場合は、必ず速やかに来院してください。当院はそれにでき得る処置を致します。
- 施術後1ヶ月前後で再度ご来院ください。

以上、治療の内容を十分に理解し、説明を受け納得した上で施術を受ける手続きをしたことを認めます。

同意日:平成 年 月 日 カルミア美肌クリニック

住所 担当医師

名前