

PRP 皮膚再生治療 説明・同意書

PRP (Platelet Rich Plasma) は血小板を多く含む血漿成分と訳されます。PRP 治療は、血液中に存在する「血小板を多く含む血漿成分」を抽出し皮膚に注入する若返り治療・傷跡修正の治療です。血小板を多く含む血漿成分には成長因子が多く存在し、上皮細胞や膠原線維細胞の活性化とコラーゲン産生増加により、皮膚のハリ・ツヤを改善します。また、ざ瘡や傷跡、潰瘍などの表皮の創傷治癒も促します。

<説明・注意事項>

1. 当院の PRP 療法は、「多血小板血漿（自家）を用いた皮膚再生治療」として厚生労働大臣に再生医療等提供計画書を提出し、受理されております（再生医療等提供機関；千葉四街道胃腸肛門内視鏡クリニック、管理者；斉藤庸博、実施責任者及び再生医療等を行う医師；斉藤庸博）。
2. PRP は、自己血を採血し、遠心分離することで作製します。
3. 注入時の痛みについては個人差があります。針を刺す際、血液を注入する際にそれぞれ痛み・違和感がありますが、麻酔クリームを塗ってから注入しますので、痛みは軽減されます。
4. 注入直後は、発赤、腫脹、軽度の皮下出血、鈍痛等がみられる場合がありますが、翌日には軽減、または消失します。また、針の跡が赤く点状に残る場合もありますが、数日で消失します。
5. 施術の結果には個人差があります。完璧さを追求し、わずかの変化のために何度も施術を行うことはお勧めいたしません。
6. 本治療法は再生医療であるという特殊性から代替療法はありませんが、シワ改善の為の他の治療法として、ヒアルロン酸やボトックス注射、リフティング手術があります。注射の効果は長続きせず、外科的治療は費用がかかり、身体への負担を伴います。
7. ビタミン点滴など、他の治療法と併用すると相乗効果があります。
8. 内出血防止のため、施術当日は飲酒・入浴・運動・マッサージなど血行を促進することは控えてください。
9. 当院にて説明を受け、今回の施術内容を十分に理解し、患者様ご自身が納得した上でご自身の判断にて施術を受けることに同意します。なお、任意で再生医療等を受けることを拒否できます。サイン記載後施術前に同意を撤回することは可能です。再生医療等を受けることを拒否すること、同意を撤回することにより、患者様が不利益を受けることはありません。
10. 万一、偶発症が起きた場合には、必要に応じて当院において可能な範囲の最善の処置を受けることに同意します。合併症が生じたとしても、担当医ならびにスタッフ、当院に対し、異議・申し立ては致しません。
11. この治療は患者様の健康、子孫に受け継がれ得る遺伝的特徴等の重要な知見が得られる可能性はありません。
12. 治療をお受けになる方の基準は、選択基準に合致し、除外基準にあたらない方です。選択基準は、健康な成人、文書による同意を得られる方です。除外基準は、抗血小板・抗凝固剤を内服している方、血液凝固能に異常を生じる疾患に罹患している方、診察・治療が必要と考えられる皮膚の疾患に罹患している方、医師が不適切と判断した方です。
13. 患者様の個人情報、改正個人情報保護法（平成 29 年 5 月施行）および当院の「個人情報保護に関する基本方針」により適切に保護されます。
14. 治療に用いない血液や PRP が生じた場合、保管せずに直ちに破棄します。
15. 細胞の採取や施術によって、特許権、財産権等は生じません。
16. 患者様ご本人のサインをお願いします（代諾不可）。サインを出来ない方はお申し出ください。
17. 費用は、1 部位 5 万円（税別）とします。
18. 本治療の審査業務を行う認定再生医療委員会は、「日本肌再生医学会認定再生医療等委員会」です。
【苦情・問い合わせ窓口】 mail; info@jssrm.com tel; 03-5326-3129 (平日 9:30~17:30)
19. 当院への苦情及び問い合わせは、以下の窓口までご連絡ください。
【千葉四街道胃腸肛門内視鏡クリニック 受付】
mail; h18ms_saito@yahoo.co.jp (全日)、tel; 043-312-0112 (受付時間; 平日 8:30~18:00)

西暦 年 月 日

氏名 _____ 印 _____