

PRP(多血小板血漿)を用いた皮膚の再生を目的とした再生医療

説明書および同意書

当院は当該再生医療の提供について厚生労働大臣に再生医療等提供計画を提出しております。

【提供する再生医療等の名称】PRP(多血小板血漿)を用いた皮膚およびその周囲組織の再生を目的とした再生医療

【再生医療の提供を行う医療機関】医療法人社団 KRMG 東京ヴェインクリニック 【お問合せ窓口】03-6908-2272

【管理者・実施責任者】近藤 啓介

【細胞の採取を行う医師・再生医療を行う医師】近藤啓介 河村直洋 白川展之 大西惟貴

【提供計画審査機関および連絡先】日本先進医療医師会 再生医療等委員会 (NB3150020)

〒108-0075 東京都港区港南 2-3-1 大信秋山ビル 4F 一般社団法人日本先進医療医師会 Tel.03-6433-0845

■治療の説明

【PRP (多血小板血漿 Platelet Rich Plasma) 注入療法】

血液から抽出された高濃度血小板血漿を、再び自身の皮膚に注入することで、自らの持つ創傷治癒機能を活用した細胞レベルでのしわ・たるみ等の肌の若返りや創傷治癒促進などの治療です。自己の細胞を利用して治療する為、感染およびアレルギー反応の出現も極めて少ない治療です。加工後皮膚に注入された血小板からは様々な成長因子が放出されコラーゲンやヒアルロン酸の産生が増加し、小じわ(鼻唇溝、額、眉間)、老化した肌の修復(再生)、肌のテクスチャー改善を目的とした治療です。

【適応症】

皮膚萎縮症、創傷治癒促進、皮膚変形症、小じわ(顔全体)、目の下や頬部のくぼみ、たるみ、ほうれい線の改善、ニキビ跡の治療、老化した肌の細胞の修復(再生)、肌のテクスチャー改善等

■禁忌及び要注意についての医師確認事項(患者様ご自身で□へ✓をご記入ください。)

はい いいえ

- 局所に感染がある方、ケロイド体質の方
- 同部位への注入間隔が1ヶ月に満たない方(他院受診の場合クリニック名:)
- ヒアルロン酸以外の注入剤・金属が充填されている場合(種類:)
- ヒアルロン酸他充填剤の使用によりアレルギー経験がある方
- 妊娠している方、悪性腫瘍の方またはその可能性のある方、全身状態が不安な方
- 血液疾患、肝機能障害のある方
- 抗凝固薬を服用している方

■リスク・副作用など

- 1) 採血時にごくまれに神経を痛めることがあります。医師が適切な治療を施します。
- 2) 治療部位およびその周囲に内出血・痛み・赤み・腫れが出ることがありますが、3~7日程度で改善します。
- 3) 注入部位を不衛生な状態にすると感染が起こる可能性があります。
- 4) 加工した細胞を注入し、その細胞が活性化されるまでには時間が必要です。治療効果は、施術後1週間目以降から3ヶ月目にわたって徐々に現れ、1~2年程度持続しますが、個人差があります。
- 5) 充填剤の治療ではありませんので、注入後すぐ効果が現れるわけではありません。
- 6) 注入は医師と状態を確認しながら進めます。細胞の増殖の過程は個人差、部位差があります。
- 7) 同部位の追加は2ヶ月以降となります。

【他の治療との比較】

	メリット	デメリット
PRP 治療	<ul style="list-style-type: none">・ 1~2年の持続効果が期待できる・ 自己血液のため副作用がなく安心できる・ 小じわや目の下のクマの改善が期待できる	<ul style="list-style-type: none">・ 内出血、痛み、赤み、腫れがある・ 効果がわかるのは2週間以降・ 採血が必要
ヒアルロン酸注入	<ul style="list-style-type: none">・ 即時効果があり改善が期待できる・ 採血しなくてよい	<ul style="list-style-type: none">・ 9か月~1年程度ですべて吸収される・ アレルギーが起こる場合もある

■施術後の注意点

- 1) 治療の当日からシャワー、洗顔は可能です。
- 2) 注入当日は激しい運動、サウナ、入浴は避け、飲酒も控えてください。
- 3) 注入後は患部を清潔にし、指示がある場合は外用剤の塗布、内服薬の服用をして下さい。
- 4) 注射後の紅斑、内出血などが起こることもありますが数日～1週間程度で自然消退します。瘢痕化した場合は長期に及ぶ場合もあります。

■施術費用

この再生医療治療は、医療保険適用外（自由診療）施術ですので全額自費でお支払いいただきます。
 施術費はPRP 1部位 1回あたり 200,000円（税込）となります。（※治療内容・回数により1回あたりの費用が減額される場合がございます。施術する前に詳細な説明をいたしますので、ご納得いただいた上で施術いただきますようお願い申し上げます。）

■術前にご理解いただきたいこと

- 1) 治療には効果だけでなく副作用が発症する可能性があることもご理解ください。また、予期せぬ健康被害が起こりうる場合がありますが、医師は出来得限りの医学的対処を行います。
- 2) 心配、不安なことがありましたら、診察券記載の電話番号にご連絡またはご来院下さい。
- 3) 治療を受けるかは任意で、たとえ同意後でも投与するまでは撤回することができますし、拒否または撤回によって何ら不利益を被ることはありません。但し、（採血後は消耗品等の実費はご負担いただきます）
 採血後のキャンセル料 5,000円(税込) PRP加工後のキャンセル料 30,000円(税込) をお支払いいただきます。
- 4) 当院の責による健康被害が発生した場合は、当院が必要と判断した治療に関して無償でその治療にあたります。一方、予見できない副作用発症の場合や治療効果についての主観的な見解の相違がある場合の治療費や補償については双方協議して決定します。
- 5) 細胞の提供および、治療に関わる個人情報 は当院管理者によって法に基づいて適正に管理します。
- 6) この治療の効果で知的財産権が発生した場合、その権利は当院に帰属するものとします。

■当該再生医療に用いられる細胞について

当該治療は患者様ご自身の細胞（血液）をご提供いただき、患者様ご自身の治療に用います。

細胞加工物（PRP）の構成細胞	血小板
細胞の提供を受ける医療機関	医療法人社団 KRMG 東京ヴェイッククリニック
細胞の採取方法	上肢静脈（上肢から採取不能な方は下肢）より、静脈血を約 20ml 採血する
細胞の加工方法	血液分離専用容器に分注し、速やかに分離する

採取された細胞（血液）および加工した細胞（PRP）は保管せず治療後、速やかに廃棄します。
 採取された細胞（血液）についても、治療後直ちに廃棄するため同意を受ける時点では特定されない、将来の再生医療等への利用の可能性もありません。これらの細胞を研究に用いることはありません。
 自己の血液を使用するため、また治療後直ちに廃棄するため細胞提供者および再生医療等を受ける者の健康、子孫に受け継がれ得る遺伝的特徴等に関する重要な知見が得られる可能性はありません。

■細胞（血液）についての同意

- 当該治療の説明を受け、この書面の内容を十分に理解し、疑問点については質問し、説明を受け、納得した上で、自らの意思で細胞を（自身の血液）を提供することに同意します。
- 以上、この書面の内容を十分に理解し説明を受け納得した上で自らの意思で本施術を受けることに同意します。

年 月 日

患者住所： _____

患者氏名（自筆署名）： _____ 印

※以下は選定した場合のみ（本人が未成年者の場合は必須です） へ✓をご記入下さい。

代諾者住所： _____

代諾者氏名（自筆署名）： _____（本人との続柄）

東京都豊島区東池袋 1-7-5 池袋イースタンビル 5F 東京ヴェイッククリニック 担当医： _____

同意撤回書

医療法人社団 KRMG 東京ヴェインクリニック

院長 近藤啓介 殿

治療名：PRP(多血小板血漿)を用いた皮膚およびその周囲組織の再生を目的とした再生医療
私は、この治療について説明者から文書により説明を受け、治療することに同意 いたしましたが、
これを撤回します。

____年 ____月 ____日

患者住所：_____

患者氏名（自筆署名）：_____ 印

※以下は選定した場合のみ（本人が未成年者の場合は必須です） へをご記入下さい。

代諾者住所：_____

代諾者氏名（自筆署名）：_____（本人との続柄）