

PRP（多血小板血漿注入）施術説明同意書

筋腱靱帯等の損傷した運動器の再生・治療を図るために、自己多血小板血漿（以下PRPと略す）の注入を行うことを勧めます。PRPはご自身の血小板を濃縮した成分で、この中には皮膚の再生や傷の治癒を促進する様々な成長因子が含まれています。PRP作製作業は、清潔操作で行われ、かつ自己血液であるために、他人からの病気がうつる、あるいは感染を起こす心配は基本的にありません。

治療（採血）説明

- 静脈血採血による合併症は極めて稀ですが、失神・吐き気・静脈炎・内出血斑・神経損傷を起こす可能性があります。また、PRP注入後、腫れや内出血が起こります。
- PRP注入液を作製するためには、通常10～20mlの静脈血を片側の肘の静脈から採血します。
- 他の治療方法との比較：ヒアルロン酸やステロイド注射等とは機序が異なり、類似する方法はありません。
- 血液を遠心機で数回遠心してPRPを作製します。
- PRPの保管及び移動は行いません。
- PRP作製に関わる材料（血液）及び器材は医療廃棄物として処理します。
- 本治療は「自己多血小板血漿（PRP）を用いた整形療法」（計画番号：PC4160048）という名称で、特定非営利活動法人 日本アンチエイジング医療協会 認定再生医療等委員会（認定番号NB3150019）における審査の後、厚生労働大臣に再生医療等提出計画を提出し認可を受けています。また、定期報告義務を有します。
- 問い合わせ及び苦情は下記にて対応します。

朝日大学医科歯科医療センター 整形外科受付 058-329-1131

この書類の理解

私は以上の処置について情報の提供を受けたことを確認します。決定は私の意思で行いました。
私は、PRPの採血を受けることに同意します。

前述の処置の本態と目的及びその実施に関わる危険性を十分に説明しました。

私は全ての質問に私の能力最善を尽くし答えました。またこれからも応えるつもりです。

説明年月日 年 月 日

説明医師 塚原 隆司

施設管理者 センター長：藤原 周 連絡先：058-329-1112

実施責任者 医師：塚原 隆司 連絡先：058-329-1131

同意年月日 年 月 日

本人氏名 _____ (自筆署名)

保護者・代理人 _____ (自筆署名)

※本人が未成年または同意能力がない場合のみ署名してください。

PRPの治療効果

PRP注入は、患者様個人の自然治癒力を利用しているため、徐々に改善するが、その治療効果に個人差があること及び治療効果を保証するものではありません。また、効果によっては、複数回の治療が非必要となることがあります。

同意

私は、この技術を使った治療に対する同意を施術前であればいつでも撤回すること、PRP療法を受けることを拒否することは自由であることを知っています。

私の同意の撤回は治療を引き続き受ける資格を損なうものではありません。もし、治療期間中に疑問を待った場合には、医師に電話及び診察で尋ねることができます。

治療費

私は、PRP療法を行うにあたり、以下の治療費を支払います。

書類作製料	3,500円
治療費PRP1mlあたり	30,000円

守秘義務

私は医学的情報が法律で要求される期間、秘密を守って保存されることを理解します。ただし、私個人を特定できないような情報は、私の許可がなくても、教育や研究に使用してもかまいません。

この書類の理解

私は以上の処置とそれに伴う利点、危険性について完全な情報の提供を受けたことを確認します。決定まで十分な時間をかけ、決定は私の意思で行いました。

私は、整形外科疾患を改善するために、PRP注入液を注入することに同意します。

同意年月日 年 月 日

本人氏名 _____ (自筆署名)

保護者・代理人 _____ (自筆署名)

※本人が未成年または同意能力がない場合のみ署名してください。