

ヒアルロン酸注入を受けられる方へ

説明・同意書

私は患者 _____ 殿に対して、下記手術の必要性、危険性、及び合併症などについて説明しました。

1. 施術内容：

ヒアルロン酸製剤を注入し、しわや凹みなどを改善します。ヒアルロン酸は人間の体の中に元々あるムコ多糖類という成分で、水分を保持する役割を持っています。当院ではアラガン・ジャパン社のジュビダームビスタシリーズを目的や部位により使い分けて使用します。

2. 治療が受けられない方：

下記の病気や症状がある方、下記薬剤の使用中的の方は治療を受けられない場合があります。

- ヒアルロン酸注入を過去に受けたことがある 他の充填剤の注入を受けたことがある
開放創や感染創 刺青の部位 治療部位の癌 アナフィラキシーの既往
ヒアルロン酸製剤へのアレルギー 妊娠中 授乳中 未成年
連鎖球菌性疾患 てんかん発作 ケロイド、瘢痕体質 免疫抑制剤
ステロイド製剤 全身状態不良 糖尿病等の慢性疾患 抗凝固剤・抗血小板剤
抗不整脈薬 レーザー治療を受けている 等

3. 術後経過：

処置後一過性に膨らむ可能性があります。

注入後2週間は強いマッサージは控えてください(皮下を移動して形が変わる可能性があります)。

帰宅後、注入部位周辺に痛みや赤みを生じ、悪化するようであれば、24時間以内にご連絡下さい。

効果は12-24ヶ月持続します。

4. 合併症(副作用)について

内出血 色が僅かに透けて見える アレルギー反応
血管閉塞(非常に稀ですが血管内に薬剤入ることにより失明・脳卒中等を起こすことがあります)
修正不足、位置のずれ、左右差の出現

上記理由により合併症が生じたり、変化した外見への不満足があったりする場合は、溶解剤を使用する事ができます。

5. その他:この同意書の内容や医師の説明に分からないことや、気になることがありましたら、お聞き下さい。

説明医師 津田達也 印

私は、上記内容の説明を医師から受け、麻酔・手術・検査が行われることに同意します。

なお、この手術・検査実施中に、緊急処置が必要となった場合には、その処置を受けることについても同意します。

年 月 日

患者氏名 _____ 印
親族または代理者氏名 _____ 印 (続柄 _____)