

説明年月日 年 月 日

説明者氏名 _____

説明同席者氏名 _____

《脂肪注入術を受けられる患者様へ》

この説明文書は、**脂肪注入術**の目的、内容などについて説明するものです。わからないことがありましたら、何でもお尋ねください。

A 病状

1. 患者様 (_____ 様) の病名・病態

病名 脂肪注入術希望

具体的な病態 患者が組織の増大を目的として自家脂肪の注入を希望している。

B 治療

2. この治療の目的

患者が希望する部位の組織を増大する事を目的とします。

3. この治療の内容と性格および注意事項

脂肪採取部位（患者の希望による；お腹や太腿など）の皮下脂肪を脂肪吸引術により採取します。採取された皮下脂肪を患者様が組織像大を希望される部位へ脂肪注入器を用いて注入します。注入に要する時間は、顔の場合で 10-15 分、乳房の場合で約 60 分です。全身麻酔をおこなう場合は手術前日に麻酔科医より、麻酔に関する説明があります。

術後数日間は局部の腫れが強く、皮下出血もみられることがあります。通常は翌日の退院が可能です。腫れは徐々に引いてゆき、皮下出血は 2 週間程度で消失します。腫れは始めの 1 週間でおおむね引きます。術後注入した脂肪の一部は吸収されますので徐々に大きさは小さくなっていき、3 ヶ月くらいで安定します。針で注入したあとの針穴は、術直後は赤く目立つことがありますが、1~2 ヶ月くらいで見た目上わからなくなっていきます。術後の経過には個人差がありますので、一応の目安とお考えください。

（注意点）

抗凝固剤（血が固まりにくくなる薬）を常用している場合、手術の 2 週間前から内服を休止していただく必要があります。そのほか、アレルギー、服用中の薬がある場合は必ず担当医に申し出てください。

同時に行われる治療手技

必ず同時におこなわれる脂肪吸引術の内容や危険性に関しましては<脂肪吸引術を受けられる患者様へ>という説明書をご覧ください。

治療の有効性・成功率

注射された脂肪はその7～8割については術後数ヶ月で時間とともに吸収されることが知られています。最終的に生着する移植脂肪の量は2～3割とされています。そのため必要な増大量よりも多めに注入することがあります。

4. この治療に伴う危険性とその発生率、偶発症発生時の対応

腫れ(腫脹)、皮下出血・・・術後は患部の腫れを生じ、通常術後1週間程度で注入部の腫れは落ち着きます。また注入部の皮下出血により皮膚が赤く見えることがあります。これは自然に吸収されて1～2週間くらいで正常な皮膚の色に戻ります。

感染・・・注入した場所に細菌が入り、感染(膿瘍)となることがごく稀に(1%未満)あります。この場合、抗生物質の投与、創内部の洗浄など適切な処置が必要になります。

神経損傷・・・術中の神経損傷により、局所の知覚障害(皮膚の痺れ感、違和感)を来すことがあります。多くの場合、症状は軽度で、1ヶ月程度で改善します。

脂肪塞栓、血栓・・・ごく稀に(1%未満)脂肪や血液の塊が血管を通して、肺などの臓器の細い血管を詰めることがあります。この場合はその臓器に異常が生じることがあります。多くは可逆的なものです。その場合は適切な処置を行います。

表面の凹凸・・・術後稀に凹凸が気になることがあります。通常は経過観察、マッサージなどで改善していきます。必要と希望があれば修正術を行うことがあります。

しこり・・・術後稀に注入部にしこり(線維化、石灰化)を触れることがあります。通常は自然に柔らかくなっていきます。必要と判断した場合にはその部位に薬剤を注射をすることがあります。

以上の治療の効果、経過などはあくまで平均的な説明で、個人差があることをご了承下さい。

もし偶発症が起きた場合には、必要に応じて最善の処置を行います。(なお、その際の治療は通常の保険診療となります。)

C 代替可能な治療と、検査・治療を行わなかった場合

5 . 代替可能な治療

代替可能な検査・治療としては、以下のようなものが考えられます。これらの検査・治療を検討されたい方は、主治医または担当医に遠慮なくお申し出ください。

ヒアルロン酸、コラーゲンなどの注入剤による治療

真皮脂肪移植術

有茎皮弁移植

血管柄付き遊離脂肪移植

異物を挿入する手術

6 . 治療を行わなかった場合に予想される経過

現状維持

D その他、患者様の具体的な希望等

7 . 患者様の具体的な希望、質問と返答

8 . 治療の同意を撤回する場合

いったん同意書を提出しても、検査・治療が開始されるまでは、本検査・治療を受けることをやめることができます。やめる場合にはその旨を下記まで連絡してください。

9 . 連絡先

本検査・治療について質問がある場合や、検査・治療を受けられた後、緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

【連絡先】

〒113-8655 東京都文京区本郷 7 - 3 - 1

東京大学医学部附属病院形成外科（主治医： ）

電話：03 - 3815 - 5411（代表）

電話：03 - 5800 - 8949 FAX：03 - 5800 - 9186

同意文書

東京大学医学部附属病院 病院長 殿

私()は、_____を受けるにあたって、下記の医師から、説明文書(前頁)に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また、この検査・治療を受けるかを決定するにあたって、十分な時間がありました。以上のもとで、この検査・治療を受けることに同意します。なお、説明文書とこの同意文書の、複写を受け取りました。

1. あなたの病名・病態
2. 検査・治療の目的
3. 検査・治療の内容と性格および注意事項
4. 検査・治療に伴う危険性とその発生率、偶発症発生時の対応
5. 代替可能な検査・治療
6. 治療を行わなかった場合に予想される経過
7. 患者の具体的希望
8. 検査・治療の同意撤回
9. 連絡先

【説明】

説明年月日： 年 月 日

説明医：_____ (自筆署名、もしくは記名押印)

【同意】

同意年月日： 年 月 日

同意書(本人)：_____ (自筆署名、もしくは記名押印)

同意者(代理人)：_____ (患者さんとの関係：_____)

* 本人に同意能力がない場合にのみ、代理人の方が、自筆署名もしくは記名押印してください。

本人あるいは代理者に、
説明文書の複写を渡した。
同意文書の複写を渡した。(複写を渡した後、原本にチェック)

教育・学術研究へのご協力をお願い

____年 ____月 ____日に行われます、貴方の_____については、検査結果（数値、画像、組織標本など）を、研修医の教育や学術発表に用いらさせていただく可能性があります。その際には、貴方の個人情報明らかになることはありません。（なお、個人情報明らかになる可能性がある場合は、別途説明をさせていただきます。）

これらは医学・医療の発展を目的とするものであるため、ご理解の上、ご協力をお願いいたします。ご協力いただける場合は、下記の同意書に署名をお願いします。なお、ご協力いただけない場合でも今後の診療においてあなたが不利益を被ることはありません。

同 意 文 書

東京大学医学部附属病院 病院長 殿

私（_____）は、上記教育・学術研究への協力について説明を受け、その内容を十分に理解しました。このうえで、上記に示された教育および学術研究に協力します。なお、本説明・同意文書の写しを受け取りました。

【説明】

説明年月日：_____年 ____月 ____日

説明医：_____（自筆署名、もしくは記名押印）

【同意】

同意年月日：_____年 ____月 ____日

同意者（本人）：_____（自筆署名、もしくは記名押印）

* 本人に同意能力がない場合にのみ、代理人の方が、自筆署名、もしくは記名押印してください。

同意者（代理人）：_____（患者さんとの関係：_____）