

説明年月日 年 月 日

説明者氏名 _____

説明同席者氏名 _____

《脂肪吸引術を受けられる患者様へ》

この説明文書は、**脂肪吸引術**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 脂肪吸引術希望

具体的な病態 患者が皮下脂肪の除去を目的として脂肪吸引を希望している。

B 治療

2. この治療の目的

患者さんが希望される部位の皮下脂肪を吸引することによって、その減量を図ります。

3. この治療の内容と性格および注意事項

脂肪を吸引する部位に薄い局所麻酔薬や血管収縮薬を含む生理食塩水を注入して、麻酔と共にその場所を柔らかくし血管を収縮させます。麻酔後、皮膚を小さく切開し、細い金属の管を挿入して脂肪吸引器により陰圧をかけて皮下脂肪を吸引します。手術時間は範囲にもよりますが、お腹の場合で 2-3 時間です。全身麻酔をおこなう場合は手術前日に麻酔科医より説明があります。

術後数日間は局所の腫れが強く、皮下出血もみられます。翌日の退院も可能ではありませんが、付き添いの方が来られることが望ましいです。腫れや皮膚のしびれ感は 1 ヶ月くらいで徐々に引いてゆきます。皮下出血は 2 週間程度で消失します。局部を押したときの痛みは 2 から 4 週間くらい続くことが多いです。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。創部の抜糸は術後 1 週間位に行います。

(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

治療の有効性・成功率

米国では年 30 万件以上の脂肪吸引術がおこなわれており、その有効性は高く評価されています。ただし、いかなる手術でも危険性や偶発症を伴いますので、次項を参考にして下さい。安全な範囲で手術を行いますので採取できる脂肪量には限界があります。

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

血腫・・・術後出血による血腫(血液の貯まり)ができることがあります。術後は局部の圧迫を行い、腹帯、ストッキング、ガードルなどを使用することになります。貯まった血液を外に出すためにドレーンチューブの留置を行うことがあります。血腫ができた場合にあとでそこに漿液が貯まり(漿液腫といいます)それを体外から針で抜く処置を要することがあります。

感染・・・血腫ができた場合に皮膚切開部より細菌が入り、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、局部の知覚障害(皮膚の痺れ感、違和感)を来たすことがあります。多くの場合、症状は軽度で、1ヶ月程度で改善します。まれに知覚の回復に6-12ヶ月など長期を要することがあります。

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。

術中・術後出血・・・出血が多い場合には輸血を行うことがあります。自己血を用意してある場合は自己血を使用いたします。

傷跡・・・脂肪を採取する部位に小切開をおこないますが、切開部位や個人差により術後傷跡が目立つ事があります。

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。

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：_____）