

(PRP療法) 抗血小板薬、抗凝固薬の休薬に関する説明書・同意書

ID: _____ 氏名: _____ 様

【説明内容】

脳梗塞、心筋梗塞、下肢静脈血栓症、肺梗塞等の治療予防のため、抗血小板薬（バイアスピリン・プラビックス・プレタール・パナルジン等）又は、抗凝固薬（ワーファリン・プラザキサ・イグザレルト等）が使われていることがあります。

これらの薬を使用したままPRP療法を受けられると出血が止まりにくくなり、実施後の腫脹が強くなる場合があります。また、PRP療法の効果が減弱する場合があります。

一方で、これらの薬を休薬すると血栓の予防効果が失われ、脳梗塞、心筋梗塞、下肢静脈血栓症、肺梗塞等の重篤な血栓症が起こる場合があります。

そのため、これらの薬を服用中の患者様においては薬を継続する出血のリスクと、薬を休薬する血栓症発症のリスクの両者を考慮して判断することになりますが、完全に危険を回避することはできません。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療法人社団 淳英会 おゆみの中央病院

説明医師 _____

(PRP療法) 抗血小板薬、抗凝固薬の 休薬 に関する同意書

私は、令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日に実施される予定の上記のPRP療法にあたり抗血小板薬、抗凝固薬に関する説明を受け、

休薬する / 休薬しない

ことに同意いたします。

医療法人社団 淳英会 おゆみの中央病院 院長 殿

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名（自署） _____ 印 _____

代理人（自署） _____ 印 _____

患者様との続柄 _____